✓MetroPlus**Health** | FORMULARIO DE SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN DE MEDICARE

¿Quiénes pueden usar este formulario?

Las personas con Medicare que quieran afiliarse a un plan Medicare Advantage.

Para afiliarse a un plan, debe:

- Ser ciudadano de los Estados Unidos o estar de forma legal en los Estados Unidos
- Vivir en el área de servicio del plan

Importante: Para afiliarse a un plan Medicare Advantage, también debe tener los dos planes siguientes:

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

¿Cuándo debo usar este formulario?

Puede afiliarse a un plan:

- Entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre de cada año (para que la cobertura inicie el 1 de enero)
- En los primeros 3 meses desde que se afilie a Medicare
- En ciertas situaciones en las que se le permite afiliarse o cambiarse de plan

Visite Medicare.gov para ver más información sobre cuándo puede afiliarse a un plan.

¿Qué necesito para contestar este formulario?

- Su número de Medicare (el número en su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare)
- Su domicilio y número de teléfono permanentes

Nota: Debe contestar todos los elementos de la Sección 1. Los elementos de la Sección 2 son opcionales; no se le puede denegar la cobertura por no contestarlos.

Recordatorios:

- Si quiere afiliarse a un plan durante la inscripción abierta de otoño (del 15 de octubre al 7 de diciembre), MetroPlus Health Plan debe recibir su formulario contestado a más tardar el 7 de diciembre.
- MetroPlus Health Plan le enviará una factura por la prima del plan. Puede optar por inscribirse para que el pago de sus primas se deduzca de su cuenta bancaria o de sus beneficios mensuales del Seguro Social (o de la Junta de Jubilación para Ferroviarios).

¿Qué sucede después?

Envíe su formulario contestado y firmado a:
MetroPlus Health Plan
50 Water Street, 7th Floor
NewYork, NY 10004
Attn: Sales & Marketing Dept.

Después de procesar su solicitud de afiliación, nos comunicaremos con usted.

¿Cómo recibo ayuda con este formulario?

Llame a MetroPlus Health Plan al 1-866-986-0356 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711), las 24 horas al día, los 7 días de la semana.

O 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 MetroPlus Health Plan al 1-866-986-0356 / 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.

Las personas que se encuentran sin hogar:

- Si quiere afiliarse a un plan, pero no tiene residencia permanente, se puede considerar como la dirección de su residencia permanente a un apartado postal, la dirección de un albergue o una clínica, o la dirección en donde recibe correspondencia (por ejemplo, cheques del seguro social).

Según la Ley de Reducción de Papeleo (PRA, por sus siglas en inglés) de 1995, no se exige a nadie que responda a una recolección de información a menos que muestre un número de control válido de la Oficina de Gerencia y Presupuesto de los Estados Unidos (OMB, por sus siglas en inglés). El número de control válido de la OMB para la recolección de esta información es 0938-NEW. Se estima que el tiempo necesario para contestar esta información es de aproximadamente 20 minutos por respuesta, incluido el tiempo para leer las instrucciones, buscar en recursos de datos existentes, reunir los datos necesarios y contestar y revisar la recolección de la información. Si tiene comentarios sobre la exactitud del cálculo de tiempo o sugerencias para mejorar este formulario, escriba a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

IMPORTANTE

No envíe este formulario ni documentos con su información personal (como reclamaciones, pagos, registros médicos, etc.) a la dirección anterior. Todos los documentos que recibamos y que no se refieran a cómo mejorar este formulario o la carga de contestarlo (descritos en OMB 0938-1378) serán destruidos. No se conservarán, revisarán ni enviarán al plan. Consulte la sección "¿Qué sucede después?" en esta página para enviar su formulario contestado al plan.

SECCIÓN 1 – TODOS LOS CAMPOS DE ESTA PÁGINA SON OBLIGATORIOS (EXCEPTO CUANDO ESTÉN MARCADOS COMO OPCIONALES)

Seleccione el plan al que quiere afiliarse:

- ☐ **MetroPlus Platinum Plan** (HMO): $132 al mes
- ☐ **MetroPlus Advantage Plan** (HMO D-SNP): $0 o hasta $48.70* al mes
- ☐ **MetroPlus UltraCare** (HMO D-SNP): $0 o hasta $48.70* al mes

* Dependiendo de su nivel de "Ayuda Adicional" como subsidio por bajos ingresos, el costo de su prima puede reducirse o cancelarse.

Nombre:	Apellido:	[Opcional: Inicial del segundo nombre]:
Fecha de nacimiento: (MM/DD/AAAA) (__ __/__ __/__ __ __ __)	Sexo: ☐Masculino ☐ Femenino	Número de teléfono: ( )

Dirección de residencia permanente (no use un apartado postal):

Ciudad:	Estado:	Código postal:

Dirección postal, si es diferente de su dirección permanente (puede usar un apartado postal):

Dirección: Ciudad: Estado: Código postal:

SU INFORMACIÓN DE MEDICARE Y MEDICAID:

Número de Medicare: _ _ _ _ -_ _ _ - _ _ _ _

Número CIN de Medicaid del Estado de NY (si tiene)**:** _ _ _ _ - _ _ _ - _ _ _ _

CONTESTE ESTAS PREGUNTAS IMPORTANTES:

¿Tendrá otra cobertura de medicamentos recetados (como VA, TRICARE) además de MetroPlus Health Plan?
☐ Sí ☐No

Nombre de la otra cobertura: _____ Número de miembro de esta cobertura: _____ Número de grupo de esta cobertura: _____

¿Necesita servicios de atención a largo plazo? ☐ Sí ☐ No

IMPORTANTE: LEA Y FIRME A CONTINUACIÓN:

- Debo tener cobertura de servicios hospitalarios (Parte A) y médica (Parte B) para continuar en MetroPlus Health Plan.
- Al afiliarme a este plan Medicare Advantage, reconozco que MetroPlus Health Plan proporcionará mi información a Medicare, que puede usarla para dar seguimiento a mi inscripción, hacer pagos y para otros propósitos que permitan las leyes federales que autorizan la recolección de esta información (ver la "Declaración de las leyes de privacidad" más adelante).
- Su respuesta a este formulario es voluntaria. Sin embargo, no responder podría afectar su afiliación al plan.
- Entiendo que solamente puedo estar afiliado a un plan MA a la vez, y que la afiliación a este plan cancelará automáticamente mi afiliación a otro plan MA (se aplican excepciones para los planes MA PFFS, MA MSA).
- Entiendo que cuando inicie mi cobertura de MetroPlus Health Plan, tendré que recibir todos mis beneficios médicos y de medicamentos recetados de MetroPlus Health Plan. Estarán cubiertos los beneficios y servicios provistos por MetroPlus Health Plan y contenidos en mi documento de "Evidencia de cobertura" de MetroPlus Health Plan (también conocido como contrato de miembro o acuerdo de suscriptor). Ni Medicare ni MetroPlus Health Plan pagarán beneficios o servicios que no estén cubiertos.
- La información en este formulario de inscripción es correcta en la medida de mi conocimiento. Comprendo que si proporciono información falsa intencionalmente en este formulario, seré desafiliado del 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 entiendo el contenido de esta solicitud. Si está firmada por un representante autorizado (como se describió anteriormente), esta firma certifica que:
  1) Esta persona está autorizada por la ley estatal para completar esta inscripción y
  2) Los documentos que certifican dicha autorización están disponibles a solicitud de Medicare.

Firma:	**Fecha de hoy:**

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

Nombre:	Dirección:
Número de teléfono:	Relación con el afiliado:

SECCIÓN 2 – TODOS LOS CAMPOS DE ESTA PÁGINA SON OPCIONALES

Contestar estas preguntas queda a su criterio. No se le puede denegar la cobertura por no contestarlas.

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

- ☐ No, no soy de origen hispano, latino ni español
- ☐ Sí, puertorriqueño
- ☐ Sí, otro origen hispano, latino o español
- ☐ Sí, mexicano, mexicano-estadounidense, chicano
- ☐ Sí, cubano
- ☐ **Prefiero no contestar.**

¿Cuál es su origen racial? Seleccione todas las que correspondan.

- ☐ Indígena americano o nativo de Alaska
- ☐ Chino
- ☐ Japonés
- ☐ Otra raza asiática
- ☐ Vietnamita
- ☐ Indio asiático
- ☐ Filipino
- ☐ Coreano
- ☐ Otro isleño del Pacífico
- ☐ Blanco
- ☐ Negro o afroamericano
- ☐ Guameño o chamorro
- ☐ Nativo de Hawaii
- ☐ Samoano
- ☐ **Prefiero no contestar**

Seleccione una opción si quiere mandarnos sus documentos pertinentes en un idioma distinto al inglés.

☐ Español ☐ Chino

Seleccione una opción si quiere mandarnos sus documentos pertinentes en un formato accesible.

☐ Braille ☐ Letra grande ☐ CD de audio

Llame a MetroPlus Health Plan al 1-866-986-0356 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) si necesita información en un formato accesible o en otro idioma que no se menciona arriba. Nuestro horario de atención es: 24 horas al día, 7 días a la semana.

¿Trabaja? ☐ Sí ☐ No ¿Su cónyuge trabaja? ☐ Sí ☐ No

Escriba el nombre de su Médico de Atención Primaria (PCP), clínica o centro de salud:	N.° de ID del proveedor:	N.° de ID de PORG:

☐ Quiero recibir los materiales importantes del Plan por correo electrónico. Al marcar esta casilla, consiento a recibir estos materiales por correo electrónico. Entiendo que puedo cambiar esta selección en cualquier momento.

Dirección de correo electrónico:

PAGO DE SUS PRIMAS DEL PLAN

Puede pagar la prima mensual de su plan por correo o con tarjeta de crédito, cada mes (incluyendo todas las multas por inscripción tardía que tenga actualmente o que deba). **También puede elegir pagar su prima mediante una deducción mensual automática de sus beneficios del Seguro Social o de la Junta de Jubilación para Ferroviarios (RRB, por sus siglas en inglés). Seleccione una opción para el pago de la prima** (Si no elige una opción de pago, recibirá una factura cada mes):

☐ Recibir una factura

☐ Deducción automática de su cheque mensual de beneficios del Seguro Social o de la Junta de Jubilación para Ferroviarios (RRB) Obtengo beneficios mensuales de: ☐ Seguro Social ☐ RRB

(La deducción del Seguro Social / la RRB puede tardar dos o más meses en comenzar después de que el Seguro Social o la RRB aprueben la deducción). En la mayoría de los casos, si el Seguro Social o la RRB aceptan su solicitud de deducción automática, la primera deducción de su cheque de beneficios del Seguro Social o de la RRB incluirá todas las primas adeudadas a partir de la fecha de entrada en vigencia de la inscripción hasta el momento en que comience la retención. Si el Seguro Social o la RRB no aprueban su solicitud de deducción automática, le enviaremos una factura impresa por sus primas mensuales.

DECLARACIÓN DE LAS LEYES DE PRIVACIDAD

Los Centros para Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés) recolectan información de los planes de Medicare para dar seguimiento a la inscripción de los beneficiarios en planes Medicare Advantage (MA), para mejorar la atención y para pagar los beneficios de Medicare. Las secciones 1851 de la Ley del Seguro Social y 42 CFR §§ 422.50 y 422.60 autorizan la recolección de esta información. Los CMS pueden usar, divulgar e intercambiar información de los beneficiarios de Medicare como se especifica en el Aviso del Sistema de Registros (SORN, por sus siglas en inglés), "Medicamentos recetados de Medicare Advantage (MARx)", sistema número 09-70-0588. Su respuesta a este formulario es voluntaria. Sin embargo, no responder podría afectar su afiliación al plan.

PAGO DE SUS PRIMAS DEL PLAN Continuación

Si tiene que pagar un monto de ajuste mensual relacionado con sus ingresos para la Parte D (IRMAA de la Parte D), debe pagar este monto extra además de su prima del plan. El monto usualmente se descuenta de sus beneficios del Seguro Social, o puede recibir una factura de Medicare (o de la RRB). NO le pague el IRMAA de la Parte D a MetroPlus Health Plan.

DECLARACIÓN DE LA LISTA DE VERIFICACIÓN PREVIA A LA INSCRIPCIÓN

❑ He recibido la Lista de verificación previa a la inscripción (Pre-Enrollment Checklist, PECL) y comprendo plenamente los beneficios y las normas de MetroPlus Health Plan.

SECCIÓN 3 – DECLARACIÓN DE ELEGIBILIDAD PARA UN PERÍODO DE INSCRIPCIÓN

Por lo general sólo puede inscribirse en un plan Medicare Advantage durante el período de inscripción anual, del 15 de octubre al 7 de diciembre de cada año. Existen excepciones que pueden permitirle que se inscriba en un plan Medicare Advantage fuera de este período.

Lea detenidamente las siguientes afirmaciones y marque la casilla si la afirmación se aplica a usted. Al marcar cualquiera de las siguientes casillas usted certifica que, en la medida de su conocimiento, usted es elegible para un período de inscripción. Si en el futuro determinamos que esta información es incorrecta, su inscripción puede cancelarse.

❑ Soy nuevo en Medicare.

❑ Estoy inscrito en un plan Medicare Advantage y quiero hacer un cambio durante el período de inscripción abierta de Medicare Advantage (MA OEP).

❑ Me mudé recientemente fuera del área de servicio de mi plan actual, o me mudé recientemente y este plan es una opción nueva para mí. Me mudé el (escribir la fecha) _____.

❑ Recientemente fui liberado de la cárcel. Fui liberado el (escribir la fecha) _____.

❑ Recientemente regresé a Estados Unidos después de vivir de manera permanente fuera de Estados Unidos. Regresé a Estados Unidos el (escribir la fecha) _____.

❑ Recientemente obtuve el estatus de presencia legal en Estados Unidos. Recibí este estatus el (escribir la fecha) _____.

❑ Recientemente ocurrió un cambio en mi Medicaid (recién obtuve Medicaid, tuve un cambio en mi nivel de asistencia de Medicaid, o perdí Medicaid) el (escribir la fecha) _____

❑ Recientemente ocurrió un cambio en mi Ayuda Adicional para pagar mi cobertura de medicamentos recetados de Medicare (recién obtuve Ayuda Adicional, tuve un cambio en el nivel de Ayuda Adicional, o perdí la Ayuda Adicional) el (escribir la fecha) _____.

❑ Tengo tanto Medicare como Medicaid (o mi estado ayuda a pagar mis primas de Medicare) o recibo Ayuda Adicional para pagar mi cobertura de medicamentos recetados de Medicare, pero no he tenido cambios.

❑ Me voy a mudar a, vivo en, o recientemente abandoné una institución de cuidado a largo plazo (por ejemplo, una casa de reposo o una institución de cuidado a largo plazo). Me mudé o mudaré a la institución, o de ella, el día (escribir la fecha) _____.

SECCIÓN 3 Continuación – DECLARACIÓN DE ELEGIBILIDAD PARA UN PERÍODO DE INSCRIPCIÓN

- ❑ Recientemente dejé un programa PACE el (escribir la fecha) _____.
- ❑ Recientemente perdí de manera involuntaria mi cobertura acreditable de medicamentos recetados (una cobertura tan buena como la de Medicare). Perdí mi cobertura de medicamentos el (escribir la fecha) _____.
- ❑ Dejaré la cobertura de mi empleador o sindicato el (escribir la fecha) _____.
- ❑ Pertenezco a un programa de asistencia farmacéutica provisto por mi estado.
- ❑ Mi plan cancelará su contrato con Medicare, o Medicare cancelará su contrato con mi plan.
- ❑ Fui inscrito en un plan por Medicare (o por mi estado) y quiero elegir un plan diferente. Mi inscripción en ese plan comenzó el (escribir la fecha) _____.
- ❑ Fui inscrito en un plan de necesidades especiales (por sus siglas en inglés, SNP) pero he dejado de cumplir los requisitos de necesidades especiales para estar en ese plan. Mi inscripción al SNP se canceló el (escribir la fecha) _____.
- ❑ Fui afectado por una emergencia o un desastre grave (declarado por la Agencia Federal de Manejo de Emergencias (FEMA) o por un organismo del gobierno federal, estatal o local). Una de las otras afirmaciones de esta lista se aplicaba a mí, pero no pude hacer mi solicitud de inscripción debido al desastre.

Si ninguna de estas afirmaciones se aplica a usted, o si no está seguro, llame a MetroPlus Health Plan al 1-866-986-0356 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para averiguar si es elegible para inscribirse. Estamos abiertos las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

MetroPlus Health Plan, Inc. es un plan HMO, HMO D-SNP con un contrato de Medicare. MetroPlus Health Plan, Inc. tiene un contrato con Medicaid del Estado de Nueva York para MetroPlus UltraCare (HMO D-SNP) y un acuerdo de coordinación de beneficios con el Departamento de Salud del Estado de Nueva York para MetroPlus Advantage Plan (HMO D-SNP). **MetroPlusHealth no está afiliado, respaldado ni relacionado de otro modo con el gobierno federal, CMS, HHS y/o Medicare.** La inscripción en MetroPlus Health Plan, Inc. depende de la renovación del contrato. MetroPlus Health Plan, Inc. cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, país de origen, edad, discapacidad o sexo. ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-866-986-0356 (TTY: 711). 注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-866-986-0356 (TTY: 711)。

OFFICE USE ONLY

Name of Staff Member / Agent / Broker (if assisted in enrollment):

_____ Date Received: _____

Plan ID #:_____ Effective Date of Coverage: _____

ICEP/IEP: _____ AEP: _____ SEP (type): _____ Not Eligible: _____

Marketing: Rep Code: _____ Site ID Code: _____

Event Name: _____