

TENGA EN CUENTA: Solo debe usar este formulario si se está cambiando de un plan Medicare Advantage de MetroPlus a otro. No use este formulario si se está inscribiendo en un plan Medicare Advantage de MetroPlus por primera vez o si anteriormente era miembro de un plan Medicare Advantage de MetroPlus, pero se desafilió del plan.

Nombre del plan en el que se inscribe:			
Nombre:		Teléfono del hogar:	
Número de Medicare:		Número CIN de Medicaid del Estado de NY (si corresponde):	
Dirección permanente (no se permite P.O. Box):			
Ciudad:		Estado:	Código postal:
Dirección postal (solo si difiere de la dirección permanente):			
Dirección:		Ciudad:	Estado: Código postal:
Complete lo siguiente:			
Actualmente soy miembro del plan _____ en MetroPlus Health Plan con una prima mensual de \$_____.			
Me gustaría cambiar al plan _____ en MetroPlus Health Plan. Entiendo que este plan tiene beneficios de salud diferentes y una prima mensual de \$_____.			
Nombre del médico de atención primaria (“PCP”), clínica o centro de salud seleccionado:			N.º de ID del proveedor:
SECCIÓN 2 – TODOS LOS CAMPOS DE ESTA SECCIÓN 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.			
<input type="checkbox"/> No, no soy de origen hispano, latino ni español		<input type="checkbox"/> Sí, mexicano/a, mexicoamericano/a, chicano/a	
<input type="checkbox"/> Sí, puertorriqueño		<input type="checkbox"/> Sí, cubano/a	
<input type="checkbox"/> Sí, otro origen hispano, latino o español		<input type="checkbox"/> Prefiero no contestar.	
¿Cuál es su origen racial? Seleccione todas las que correspondan.			
<input type="checkbox"/> Indoamericano o nativo de Alaska	<input type="checkbox"/> Indoasiático	<input type="checkbox"/> Negro o afroamericano	
<input type="checkbox"/> Chino	<input type="checkbox"/> Filipino	<input type="checkbox"/> Guameño o chamorro	
<input type="checkbox"/> Japonés	<input type="checkbox"/> Coreano	<input type="checkbox"/> Nativo hawaiano	
<input type="checkbox"/> Otra raza asiática	<input type="checkbox"/> Otro isleño del Pacífico	<input type="checkbox"/> Samoano	
<input type="checkbox"/> Vietnamita	<input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Prefiero no contestar.	
Marque una de las casillas siguientes si prefiere que le enviemos sus documentos importantes en un idioma que no sea el inglés o en un formato accesible:			
<input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Chino <input type="checkbox"/> Braille <input type="checkbox"/> Letra grande <input type="checkbox"/> CD de audio			
Comuníquese con MetroPlus Health Plan al 1-866-986-0356 si necesita información en un formato accesible o en otro idioma que no sea el que se menciona anteriormente. Nuestro horario de atención es: 24 horas al día, 7 días a la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.			

Su prima del plan

Si se está inscribiendo con una prima de \$0: Si determinamos que adeuda una multa por inscripción tardía (o si actualmente tiene una multa por inscripción tardía), necesitamos saber cómo prefiere pagarla. Puede pagarla por correo, con tarjeta de crédito, cheque o una orden de pago al recibir el aviso de MetroPlusHealth. También puede pagar su prima por deducción automática de su cheque de beneficios del Seguro Social o de la Junta de Jubilación para Ferroviarios (Railroad Retirement Board, RRB) cada mes. Si se le asigna un monto de ajuste mensual relacionado con los ingresos de la Parte D, se lo notificará la Administración del Seguro Social. Usted será responsable de pagar este monto adicional además de su prima del plan. Se le retendrá el monto de su cheque de beneficios del Seguro Social o se lo facturará directamente Medicare o la RRB. NO le pague a MetroPlusHealth el IRMAA de la Parte D.

Si se está inscribiendo con un monto de prima que no es \$0: Puede pagar su prima mensual del plan (incluida cualquier multa por inscripción tardía que tenga o que deba) por correo, con tarjeta de crédito, cheque u orden de pago cada mes. También puede elegir pagar su prima por deducción automática de su cheque de la Junta de Jubilación para Ferroviarios o del Seguro Social cada mes. Si se le asigna un monto de ajuste mensual relacionado con los ingresos de la Parte D, se lo notificará la Administración del Seguro Social. Usted será responsable de pagar este monto adicional además de su prima del plan. Se le retendrá el monto de su cheque de beneficios del Seguro Social o se lo facturará directamente Medicare o la Junta de Jubilación para Ferroviarios. NO le pague a MetroPlusHealth el IRMAA de la Parte D.

Las personas con ingresos limitados pueden calificar para recibir Ayuda Adicional para cubrir los costos de sus medicamentos recetados. Si usted califica, Medicare podría pagar sus costos de medicamentos, incluidas las primas mensuales de medicamentos recetados, deducibles anuales y el coaseguro. Además, quienes obtengan Ayuda Adicional no tendrán una brecha de cobertura ni se les aplicará una multa por inscripción tardía. Muchas personas tienen derecho a obtener estos beneficios y no lo saben. Para obtener más información sobre esta Ayuda Adicional, comuníquese con su oficina local del Seguro Social o llame al Seguro Social al 1-800-772-1213. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778. También puede solicitar Ayuda Adicional en línea en www.ssa.gov/medicare/part-d-extra-help.

Si califica para recibir Ayuda Adicional con los costos de la cobertura de medicamentos recetados de Medicare, Medicare cubrirá parte o la totalidad de su prima del plan para este beneficio. Si Medicare paga solo una parte de esta prima, le facturaremos el monto que Medicare no cubre.

Si no elige una opción de pago, recibirá una factura cada mes. Seleccione una opción para el pago de la prima:

- 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 puede tardar dos o más meses en comenzar después de que el Seguro Social o la RRB apruebe 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.)

Lea y firme a continuación:

MetroPlus Health Plan es un plan que tiene un contrato con el gobierno federal.

Entiendo que si recibo asistencia de un agente de ventas, corredor u otra persona empleada o contratada por MetroPlus Health Plan, es posible que se le pague en función de mi inscripción en MetroPlus Health Plan.

Divulgación de la información: Al unirme a este plan de salud de Medicare, reconozco que el plan de salud de Medicare divulgará mi información a Medicare y a otros planes según sea necesario para el tratamiento, el pago y las operaciones de atención médica. También reconozco que MetroPlus Health Plan divulgará mi información, incluidos mis datos de eventos de medicamentos recetados a Medicare, quien puede divulgarla para fines de investigación y otros que cumplan con todos los estatutos y reglamentos federales aplicables. La información en este formulario de inscripción es correcta a mi saber y entender. Comprendo que si proporciono información falsa intencionalmente en este formulario, seré desafiado del plan. Entiendo que las personas con Medicare no están cubiertas por Medicare mientras están fuera del país, excepto por una cobertura limitada cerca de la frontera de los EE. UU.

Lea y firme a continuación (continuación)

Entiendo que a partir de la fecha en que comienza la cobertura de MetroPlus Health Plan, debo obtener toda mi atención médica de MetroPlus Health Plan, excepto los servicios de emergencia o de urgencia o los servicios de diálisis fuera del área. Estarán cubiertos los servicios autorizados por MetroPlus Health Plan y otros servicios establecidos en mi documento Evidencia de cobertura de MetroPlus Health Plan (también conocido como contrato del miembro o acuerdo del suscriptor). **NI MEDICARE NI METROPLUS HEALTH PLAN PAGARÁN POR ESTOS SERVICIOS SIN AUTORIZACIÓN.**

Entiendo que mi firma (o la firma de la persona autorizada para actuar en mi nombre según las leyes del estado donde vivo) en esta solicitud significa que he leído y entiendo el contenido de esta solicitud. Si la firma es de una persona autorizada (como se describe anteriormente), esta firma certifica que: 1) esta persona está autorizada por las leyes estatales para llenar este formulario de inscripción y 2) la documentación de esa autoridad está disponible a solicitud de Medicare.

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.

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 completado al plan.

Firma:

Fecha de hoy:

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

Nombre: _____

Dirección: _____

Número de teléfono: (_____) _____ - _____

Relación con el afiliado: _____

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 no discrimina sobre la base de raza, color de piel, país de origen, sexo, edad o discapacidad en sus programas y actividades de salud. ATTENTION: Language assistance services, free of charge, are available to you. Call 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: _____