

✓ MetroPlusHealth | FORMULARIO DE SOLICITUD DE AFILIACIÓN A 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](https://www.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), MetroPlusHealth debe recibir su formulario contestado a más tardar el 7 de diciembre.
- MetroPlusHealth 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:

MetroPlusHealth

50 Water Street, 7th Floor

Nueva York, 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 MetroPlusHealth al 1-866-986-0356 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711) de lunes a viernes de 8 a. m. a 8 p. m. y los sábados de 9 a. m. a 5 p. m.

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 MetroPlusHealth 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, puede utilizar como dirección de residencia permanente un apartado postal, la dirección de un albergue o una clínica o la dirección donde recibe la correspondencia (por ejemplo, los 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)

- Selecione el plan al que quiere afiliarse:
- MetroPlus Platinum Plan (HMO):** **\$92.00 al mes**
 - MetroPlus Advantage Plan (HMO D-SNP) ‡:** **\$0 o hasta \$71.20* al mes**
‡ Debe tener Medicaid para calificar.
 - MetroPlus UltraCare (HMO D-SNP) †:** **\$0 o hasta \$72.30* al mes**

† Para calificar, debe tener Medicaid y demostrar que necesita servicios de atención a largo plazo. ¿Podemos comunicarnos con usted para hablar sobre los servicios de atención a largo plazo? Sí No

* Según 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. Nota: Las personas que se encuentran sin hogar pueden usar un apartado postal como dirección de residencia permanente):

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 MetroPlusHealth?
 Sí No

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

IMPORTANTE: LEA Y FIRME A CONTINUACIÓN:

- Debo tener la cobertura de seguros hospitalarios (Parte A) y médicos (Parte B) para continuar en MetroPlusHealth.
- Al afiliarme a este plan Medicare Advantage, reconozco que MetroPlusHealth compartirá mi información con Medicare y que este último puede usarla para realizar un seguimiento de mi afiliación, para efectuar pagos y para otros propósitos permitidos por las leyes federales que autorizan la recolección de esta información (consulte 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 una vez que inicie mi cobertura de MetroPlusHealth, debo recibir todos mis beneficios médicos y de medicamentos recetados de MetroPlusHealth. Estarán cubiertos los beneficios y servicios que provee MetroPlusHealth y que se detallan en mi documento de “Evidencia de cobertura” de MetroPlusHealth (también conocido como contrato de miembro o acuerdo de suscriptor). Ni Medicare ni MetroPlusHealth pagarán los beneficios o servicios que no estén cubiertos.
- La información en este formulario de afiliación es correcta en la medida de mi conocimiento. Comprendo que si proporciono intencionalmente información falsa en este formulario, me desafiliarán del plan.

(Continúa en la siguiente página)

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

- 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 afiliación 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.

<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, puertorriquense	<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"/> Otro origen asiático	<input type="checkbox"/> Otro origen de las islas del Pacífico	<input type="checkbox"/> Samoano
<input type="checkbox"/> Vietnamita	<input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Prefiero no contestar.

¿Cuál es su género? Seleccione uno.

<input type="checkbox"/> Mujer	<input type="checkbox"/> Uso otro término: _____
<input type="checkbox"/> Hombre	<input type="checkbox"/> Prefiero no contestar.
<input type="checkbox"/> No binario	

¿Cuál de la siguientes opciones representa mejor cómo se percibe a usted mismo? Seleccione uno.

<input type="checkbox"/> Lesbiana u homosexual	<input type="checkbox"/> Uso otro término: _____
<input type="checkbox"/> Heterosexual, es decir, ni lesbiana ni homosexual	<input type="checkbox"/> No lo sé
<input type="checkbox"/> Bisexual	<input type="checkbox"/> Prefiero no contestar.

Seleccione una opción si desea que le enviemos sus documentos pertinentes en un idioma distinto del inglés.

Español Chino

Seleccione una opción si desea que le enviemos sus documentos pertinentes en un formato accesible.

Braille Letra grande CD de audio CD de datos

Comuníquese con MetroPlusHealth al 1-866-986-0356 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) si necesita información en un formato accesible o en un idioma que no aparezca en la lista anterior. Nuestro horario de atención es: de lunes a viernes de 8 a. m. a 8 p. m. y los sábados de 9 a. m. a 5 p. m.

DECLARACIÓN DE LAS LEYES DE PRIVACIDAD

Los Centros de 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.

SECCIÓN 2 (Continuación) – TODOS LOS CAMPOS DE ESTA SECCIÓN SON OPCIONALES

¿Usted trabaja? Sí No ¿Su cónyuge trabaja? Sí No

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

- Quiero recibir los materiales pertinentes del plan por correo electrónico, al llamar a MetroPlusHealth al 1-866-986-0356 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) y pedir que me los envíen por ese medio. Al marcar esta casilla, acepto recibir estos materiales por correo electrónico a mi pedido. Entiendo que puedo cambiar esta selección en cualquier momento.
Dirección de correo electrónico:

DECLARACIÓN DE LA LISTA DE VERIFICACIÓN PREVIA A LA AFILIACIÓN

- He recibido la Lista de verificación previa a la afiliación (PECL, por sus siglas en inglés) y comprendo plenamente los beneficios y las normas del plan de MetroPlusHealth.

SECCIÓN 3 – DECLARACIÓN DE ELEGIBILIDAD PARA UN PERÍODO DE AFILIACIÓN

Por lo general, sólo puede afiliarse a 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 afilie a un plan Medicare Advantage fuera de este período. Los siguientes requisitos están sujetos a la determinación del plan.

Lea detenidamente las siguientes afirmaciones y marque la casilla si la afirmación se aplica a su caso. Al marcar cualquiera de las siguientes casillas, 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 afiliación puede cancelarse.

- Soy nuevo en Medicare.
- Estoy afiliado 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) _____.
- Hace poco salí de la cárcel. Fui puesto en libertad el (escribir la fecha) _____.
- Regresé a los Estados Unidos hace poco después de vivir de manera permanente en otro país. Regresé a los Estados Unidos el (escribir la fecha) _____.
- Recientemente obtuve el estatus de presencia legal en los Estados Unidos. Recibí este estatus el (escribir la fecha) _____.
- Tuve un cambio reciente en el estado de Medicaid o en el subsidio por bajos ingresos (LIS, por sus siglas en inglés o “Ayuda Adicional”) (soy elegible hace poco, tuve un cambio en mi nivel de asistencia o ya no soy elegible) el (escribir la fecha) _____.
- Tengo Medicaid con MetroPlusHealth y quiero afiliarme a un plan Medicare de MetroPlusHealth para combinar mi cobertura.
- Me voy a mudar a, vivo en, o recientemente abandoné una institución de cuidado a largo plazo (por ejemplo, un hogar de reposo o una institución de cuidado a largo plazo). Me mudé o me mudaré a la institución, o me mudé de la institución a otro sitio, el día (escribir la fecha) _____.
- 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.

SECCIÓN 3 (Continuación) – DECLARACIÓN DE ELEGIBILIDAD PARA UN PERÍODO DE AFILIACIÓN

- Fui afiliado a un plan por Medicare (o por mi estado) y quiero elegir un plan diferente. Mi afiliación a ese plan comenzó el (escribir la fecha) _____.
- Fui afiliado a un plan de necesidades especiales (SNP, por sus siglas en inglés), pero ya no cumplo con los requisitos de necesidades especiales para estar en ese plan. Mi afiliación al SNP se canceló el (escribir la fecha) _____.
- Me vi afectado por una emergencia o una catástrofe grave (declarada por la Agencia Federal de Manejo de Emergencias [FEMA, por sus siglas en inglés] o por un organismo del gobierno federal, estatal o local). Una de las otras afirmaciones de esta lista se aplicaba a mi caso, pero no pude hacer mi solicitud de afiliación debido a la catástrofe.
- Otra: _____

Si ninguna de estas afirmaciones se aplica a su caso o no está seguro, llame a MetroPlusHealth al 1-866-986-0356 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para averiguar si es elegible para afiliarse. Abrimos de lunes a viernes de 8 a. m. a 8 p. m. y los sábados de 9 a. m. a 5 p. m.

PAGO DE LAS PRIMAS DE SU PLAN

Puede pagar la prima mensual de su plan por correo o con tarjeta de crédito cada mes (incluidas 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. Obtengo beneficios mensuales de: Seguro Social RRB

(La deducción del Seguro Social o de 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.

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 MetroPlusHealth.

SOLO PARA LAS PERSONAS QUE AYUDAN AL AFILIADO A CONTESTAR ESTE FORMULARIO

Complete esta sección si es alguien que está ayudando a un afiliado a llenar este formulario (por ejemplo, un agente, corredor, consejero del Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros Médicos [SHIP, por sus siglas en inglés], familiar u otro tercero).

Nombre:	Relación con el afiliado:
Firma:	Fecha de hoy:

OFFICE USE ONLY

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

Date Received: _____

National Producer Number (Agents/Brokers only): _____

Plan ID #: _____ Effective Date of Coverage: _____

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

Marketing: Rep Code: _____ Site ID Code: _____
 Event Name: _____