

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.

**Complete lo siguiente:**

Actualmente soy miembro del plan \_\_\_\_\_ de MetroPlusHealth.

Me gustaría cambiar al siguiente plan de MetroPlusHealth:

- 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

Entiendo que este plan tiene beneficios de salud diferentes.

\* Según su nivel de “Ayuda Adicional” como subsidio por bajos ingresos, el costo de su prima puede reducirse o eximirse.

<b>Nombre:</b>	Teléfono del hogar:
----------------	---------------------

<b>Número de Medicare:</b>	<b>Número CIN de Medicaid del Estado de NY (si corresponde):</b>
----------------------------	--

Dirección 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** (solo si difiere de la dirección permanente):  
Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

<b>Nombre del médico de atención primaria (PCP, por sus siglas en inglés), clínica o centro de salud seleccionado:</b>	<b>N.º de ID del proveedor:</b>
--	---------------------------------

**SECCIÓN 2 – TODOS LOS CAMPOS DE ESTA SECCIÓN SON OPCIONALES**

**Contestar estas preguntas es su elección. No se le puede denegar la cobertura por no contestarlas.**

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

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

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

¿Cuál es su origen racial? Seleccione todas las opciones 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. |

¿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 las siguientes opciones representa mejor cómo se percibe? Seleccione una.

- |  |  |
|--|--|
| <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   |

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 por correo electrónico, llamando a MetroPlusHealth al 1-866-986-0356 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para pedir que se los envíen por ese medio. Si marco esta casilla, acepto recibir estos materiales por correo electrónico cuando los pida. Entiendo que puedo cambiar esta selección en cualquier momento. Abrimos de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. y los sábados, de 9 a.m. a 5 p.m. Comuníquese con nosotros si necesita información en un formato accesible o en un idioma que no aparezca en la lista:

- Español     Chino     Braille     Letra grande     CD de audio

Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

**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.

## SU PRIMA DEL PLAN (CONTINUACIÓN)

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](http://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, por sus siglas en inglés). Recibo 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 ABAJO (CONTINÚA EN LA PÁGINA SIGUIENTE):

MetroPlusHealth 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 MetroPlusHealth, es posible que se le pague en función de mi inscripción en MetroPlusHealth.

Divulgación de la información: Si me uno 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 MetroPlusHealth divulgará mi información, incluidos mis datos de eventos de medicamentos recetados a Medicare, quien puede divulgarla para fines de investigación y otros propósitos que cumplan con todas las leyes y las reglamentaciones federales aplicables. La información de 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.

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

**LEA Y FIRME ABAJO (CONTINUACIÓN)**

Entiendo que mi firma (o la firma de la persona autorizada para actuar en mi nombre según las leyes del estado en donde vivo) en esta solicitud significa que he leído y entiendo su contenido. Si la firma es de una persona autorizada (como se describió 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 afiliación (PECL, por sus siglas en inglés) y comprendo plenamente los beneficios y las normas de MetroPlusHealth.

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 0938-1378. 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.

**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 :** \_\_\_\_\_

**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: \_\_\_\_\_