

RECUERDE: Solamente debe usar este formulario si se cambia de un plan MetroPlus Medicare Advantage a otro. No use este formulario si se inscribe en un plan MetroPlus Medicare Advantage por primera vez, o si antes era miembro de un plan MetroPlus Medicare Advantage pero ha cancelado su inscripción al plan.

Nombre:		Teléfono del hogar:	
Número de Medicare:		Número CIN de Medicaid del Estado de NY (si procede):	
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 \$ _____.			
Escriba el nombre de su Médico de Atención Primaria (PCP), clínica o centro de salud:			N.º de ID de proveedor:
Marque una de las casillas a continuación 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 Por favor, comuníquese con MetroPlus Health Plan al 1-866-986-0356 si necesita información en un formato accesible o idioma distinto a los mencionados 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			
Puede pagar su prima del plan mensual (incluida cualquier multa por inscripción tardía que tenga o que deba) por correo o con tarjeta de crédito todos los meses. También puede elegir pagar su prima por deducción automática de su cheque de Social Security o Railroad Retirement Board cada mes. Si se le asigna un Part D Income Related Monthly Adjustment Amount, Se lo notificará la Social Security Administration. Usted será responsable de pagar este monto adicional además de su prima del plan. Se le retendrá el monto de su cheque de beneficios de Social Security o se lo facturará directamente Medicare o la Railroad Retirement Board. NO le pague a MetroPlus Health Plan la Part D-IRMAA.			
Las personas con ingresos limitados pueden calificar para recibir Extra Help para cubrir los costos de sus medicamentos recetados. Si usted califica, Medicare podría pagar el 75% o más de los costos de sus medicamentos, incluyendo primas mensuales por medicamentos recetados, deducibles anuales y coaseguros. Además, quienes califiquen no tendrán una brecha de cobertura ni se les aplicará una multa por inscripción tardía. Muchas personas califican para obtener estos beneficios y no lo saben. Para obtener más información sobre esta Extra Help, comuníquese con su oficina local de Social Security o llame a Social Security al 1-800-772-1213. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778. También puede solicitar Extra Help en línea en www.socialsecurity.gov/prescriptionhelp .			
Si califica para recibir Extra Help 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.			

Su prima del plan (continuación)

Si no elije 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 de Social Security o Railroad Retirement Board (RRB). Obtengo beneficios mensuales de: Social Security RRB

(La deducción de Social Security puede tardar dos o más meses en comenzar después de que Social Security o RRB apruebe la deducción. En la mayoría de los casos, si el Social Security o la RRB aceptan su solicitud de deducción automática, la primera deducción de su cheque de beneficios de Social Security 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 Social Security 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 Federal Government.

Entiendo que si recibo asistencia de un agente de ventas, broker 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.

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 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 PAGARÁ POR LOS 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 está firmada por una persona autorizada (como se describe anteriormente), esta firma certifica que: 1) esta persona está autorizada por la ley estatal para completar esta inscripción y 2) la documentación de esta autoridad está disponible a solicitud de Medicare.

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: _____

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: _____

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) _____.

Declaración de elegibilidad para un período de inscripción (continuación)

- 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) _____.
- 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 es un plan HMO, HMO SNP con un contrato de Medicare. MetroPlus Health Plan tiene un contrato con New York State Medicaid para MetroPlus UltraCare (HMO-DSNP) y un acuerdo de coordinación de beneficios con el Departamento de Salud del Estado de Nueva York para MetroPlus Advantage Plan (HMO-DSNP). La inscripción en MetroPlus Health Plan depende de la renovación del contrato. MetroPlus Health Plan cumple con las leyes federales aplicables de derechos civiles y no discrimina sobre la base de raza, color de piel, país de origen, edad, discapacidad o sexo. 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)。