

**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.**

<b>Nombre del plan en el que se está inscribiendo:</b>			
<b>Nombre:</b>		<b>Teléfono del hogar:</b>	
<b>Número de Medicare:</b>		<b>Número CIN de Medicaid del Estado de NY (si procede):</b>	
<b>Dirección permanente (No se permite P.O. Box):</b>			
<b>Ciudad:</b>		<b>Estado:</b>	<b>Código postal:</b>
<b>Dirección postal (solo si difiere de la Dirección permanente):</b>			
<b>Dirección:</b>		<b>Ciudad:</b>	<b>Estado: Código postal:</b>
<b>Complete lo siguiente:</b>			
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 \$ _____.			
<b>Escriba el nombre de su Médico de Atención Primaria (PCP), clínica o centro de salud:</b>			<b>N.º de ID de proveedor:</b>

**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"/> <b>Prefiero no contestar.</b>

¿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"/> <b>Prefiero no contestar.</b>

**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:**

Español     Chino     Braille     Letra grande     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](http://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.

**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 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 desafiliado 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.**

## Lea y firme a continuación: (continuación)

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.

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.**

**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 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)。

### 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: \_\_\_\_\_