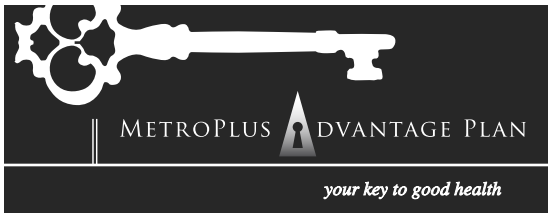


FORMULARIO DE SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN DE METROPLUS MEDICARE ADVANTAGE



Para inscribirse en los planes de MetroPlus Medicare Advantage, complete la siguiente información:

Marque el plan en el que desea inscribirse:

- ___ MetroPlus Medicare Advantage ___ por mes
- ___ MetroPlus Medicare Advantage Select ___ por mes
- ___ MetroPlus Medicare Advantage Partnership in Care ___ por mes

APELLIDO:		PRIMER nombre:	Inicial del segundo nombre:	<input type="checkbox"/> Sr. <input type="checkbox"/> Sra. <input type="checkbox"/> Srta.
Fecha de nacimiento: (__/__/____) (MM/DD/AAAA)		Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Número de Seguro Social: (brindar esta información es opcional)	Número de teléfono particular: ()
Dirección de residencia permanente:				Número de teléfono alternativo: ()
Ciudad		Estado:		Código postal:

Dirección postal (sólo si es diferente de la dirección de residencia permanente):

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Contacto en caso de emergencia : _____

Número de teléfono: _____ **Parentesco:** _____

Dirección de correo electrónico: _____

Elija un médico de cabecera (PCP): _____	Número de teléfono del PCP: _____
--	---


Provea su información del seguro de Medicare

Use su tarjeta de Medicare para completar esta sección.

- Complete estos espacios en blanco para que coincidan con su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare
- O -

- Adjunte una copia de su tarjeta de Medicare o su carta de la Administración de Seguro Social o de la Junta de Jubilación Ferroviaria

Debe tener la Parte A y la Parte B de Medicare para unirse a un Plan Medicare Advantage.

	
SÓLO MUESTRA	
Name: _____	
Medicare Claim Number	Sex _____
_____ - _____ - _____	_____
Is Entitled To	Effective Date
HOSPITAL (Part A)	_____
MEDICAL (Part B)	_____

Pago de la prima de su plan

Puede pagar la prima mensual de su plan junto con el pago de una sanción por inscripción tardía (si corresponde) por correo. También puede optar por pagar mediante deducción automática de su cheque de Seguro Social (SSA) mensualmente.

Si reúne los requisitos para recibir ayuda adicional con sus costos de la cobertura de medicamentos recetados de Medicare, Medicare pagará la totalidad o parte de su prima del plan. Si Medicare paga sólo una parte de su prima, le facturaremos el monto que Medicare no cubre. Puede pagar con cheque o giro.

Si no selecciona una opción de pago, recibirá una factura mensual.

Seleccione una opción para el pago:

Recibir una factura

Deducción automática de su cheque de beneficio mensual de Administración de Seguro Social (SSA). (La deducción de la SSA puede tardar dos meses o más en comenzar. En la mayoría de los casos, la primera deducción del cheque de beneficio de la SSA incluirá todas las primas vencidas desde la fecha de entrada en vigencia de la inscripción hasta el momento en que comienza la retención.)

Lea y conteste estas preguntas importantes:

1. ¿Tiene alguna enfermedad renal terminal (ESRD)? Sí No

Si respondió "sí" a esta pregunta y ya no necesita diálisis regularmente o se le ha trasplantado con éxito un riñón, **adjunte una nota o registros** de su médico que muestren esta información.

2. Algunas personas pueden tener otra cobertura de medicamentos, incluidos otros seguros privados, TRICARE, cobertura de beneficios médicos para empleados federales, beneficios de VA, o programas de asistencia farmacéutica del Estado.

¿Tendrá otra cobertura de medicamentos recetados además de MetroPlus? Sí No

Si respondió "sí", incluya su otra cobertura y número(s) de identificación (ID) de esta:

Nombre de otra cobertura: _____ N.º de ID para esta cobertura: _____ N.º de grupo para esta cobertura: _____

3. ¿Es usted residente de un establecimiento de cuidado a largo plazo, como un hogar de ancianos? Sí No

Si respondió "sí", complete la siguiente información: Nombre de la institución: _____

Dirección y número de teléfono de la institución (número y calle): _____

4. ¿Está inscrito en el programa Medicaid de su Estado? Sí No

Si respondió "sí", indique su número de Medicaid: _____

5. ¿Trabaja usted o su cónyuge? Sí No

6. **Marque uno de los casilleros a continuación, si prefiere que le enviemos información en otro idioma que no sea inglés:** Español Chino

Comuníquese con MetroPlus Health Plan llamando al 1-800-303-9626 (TTY/TDD: 1-800-881-2812), en caso de necesitar información en otro formato o en un idioma diferente al que figura más arriba.

El horario de atención es de 8:00 am a 8:00 pm, los siete días de la semana.

Para solicitantes de Medicare Advantage Partnership in Care:

¿Quién es el médico de cabecera que usted consulta ahora?

Nombre: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____



Lea esta información importante

Si actualmente tiene cobertura de salud de un empleador o sindicato, unirse a MetroPlus podría afectar los beneficios de salud de su empleador o sindicato. Si tiene cobertura de salud de un empleador o sindicato, unirse a MetroPlus puede cambiar el funcionamiento de su cobertura actual. Lea los comunicados que su empleador o sindicato le envían. Si tiene preguntas, visite su sitio web, o comuníquese con la oficina mencionada en sus comunicados. Si no hay información acerca de con quién debe comunicarse, su administrador de beneficios o la oficina que responde las preguntas acerca de su cobertura pueden asistirlo.

Lea y firme a continuación

Al completar esta solicitud de inscripción, estoy de acuerdo con lo mencionado a continuación:

MetroPlus es un plan Medicare Advantage y tiene un contrato con el Gobierno Federal. Deberé mantener mis Partes A y B. Sólo puedo estar en un plan Medicare Advantage a la vez y entiendo que mi inscripción en este plan cancelará automáticamente mi inscripción en cualquier otro plan de salud Medicare diferente o plan de medicamentos recetados. Es mi responsabilidad informar acerca de cualquier cobertura de medicamentos recetados que tenga o pueda tener en el futuro. La inscripción en este plan por lo general es para todo el año. Una vez que me inscriba, puedo renunciar a este plan o solicitar cambios sólo en ciertas épocas del año, cuando se abra el período de inscripción. (Por ejemplo: del 15 de noviembre al 31 de diciembre de cada año) o bajo ciertas circunstancias especiales.

MetroPlus atiende un área de servicio específica. Si me mudo fuera del área de cobertura de MetroPlus, debo notificar al plan para poder cancelar la afiliación y encontrar otro plan en la nueva área. Una vez que sea miembro de MetroPlus, tengo derecho a apelar las decisiones del plan acerca de pagos o servicios si estoy en desacuerdo. Leeré el documento del Certificado de Cobertura de MetroPlus cuando lo reciba para conocer qué reglas debo seguir para recibir cobertura con este plan de Medicare Advantage. Entiendo que los beneficiarios de Medicare no tienen cobertura por lo general cuando se encuentran fuera del país excepto por una cobertura limitada cerca de la frontera de los Estados Unidos.

Entiendo que a partir de la fecha de inicio de vigencia de la cobertura de MetroPlus debo recibir toda la atención médica a través de MetroPlus, con la excepción de los servicios de emergencia o de urgencia o servicios de diálisis fuera del área. Se cubrirán los servicios autorizados por MetroPlus y otros servicios incluidos en el documento del Certificado de Cobertura de MetroPlus (también conocido como contrato del miembro o acuerdo del suscriptor).

Sin autorización, ni Medicare ni MetroPlus pagarán por los servicios.

Entiendo que si recibo ayuda a través de un representante de ventas, agente u otra persona empleada o contratada por MetroPlus, dicha persona podrá recibir una compensación por mi inscripción al plan MetroPlus Medicare Advantage.

Es posible que en mi estado se ofrezcan servicios de orientación sobre el seguro complementario de Medicare u otras opciones de planes Medicare Advantage, medicamentos recetados o ayuda médica a través del programa estatal Medicaid y el Programa de Ahorros de Medicare.

Divulgación de información: Con la inscripción en este plan de salud de Medicare, reconozco que el plan de salud de Medicare divulgará mi información a Medicare y a otros planes conforme sea necesario para el tratamiento, pago y operaciones de atención médica. También reconozco que MetroPlus divulgará mi información [incluidos los datos sobre los efectos de medicamentos recetados] a Medicare, que puede divulgarla para investigación y otros propósitos que cumplan con todos los estatutos y reglamentos federales. La información en este formulario de inscripción es correcta a mi leal saber y entender. Entiendo que si brindo información falsa intencionalmente en este formulario, se me excluirá del plan.

Entiendo que mi firma (o la firma de la persona autorizada para actuar en nombre de la persona conforme a las leyes estatales donde la persona reside) en este formulario significa que he leído y entendido el contenido de esta solicitud. Si una persona autorizada lo firma (como se describe anteriormente), la firma certifica que: 1) esta persona está autorizada conforme a las leyes estatales para completar esta inscripción y 2) la documentación de esta facultad está disponible a petición de MetroPlus o Medicare.

Su firma:

Fecha de hoy:

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

Nombre: _____

Dirección: _____

Número de teléfono: (____) _____ - _____

Parentesco con el solicitante: _____

Office Use Only:

Name of staff member / agent / broker (if assisted in enrollment): _____

Plan ID #: _____

Effective Date of Coverage: _____

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

Marketing:

Rep code: _____

Site ID Code: _____

Event Name:
