

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN DE METROPLUS MEDICARE



M E T R O P L U S
M E D I C A R E

Por favor, contacte a MetroPlus Health Plan si necesita información en otro idioma o formato (Braille).

Para inscribirse en MetroPlus Health Plan, favor de proporcionar la siguiente información:

Por favor, marque el plan en el que desea inscribirse:

MetroPlus Advantage Plan (HMO) ___ al mes
 MetroPlus Select Plan (HMO) ___ al mes
 MetroPlus Medicare Partnership in Care Plan (HMO) ___ al mes
 MetroPlus Platinum Plan (HMO) ___ al mes

Apellido:	Primer nombre:	Inicial del 2º nombre:	<input type="checkbox"/> Sr. <input type="checkbox"/> Sra. <input type="checkbox"/> Srita. No. de teléfono de casa: ()
Fecha de nacimiento: (__/__/____) (MM/DD/AAAA)	Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Opcional: Número de teléfono alternativo ()	
Dirección permanente (No se permite apartado postal):			Código Postal:
Ciudad:	Estado:	Código Postal:	

Domicilio Postal (sólo si es distinto a su dirección permanente):

Calle y número: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Contacto de emergencia: _____

Número de teléfono: _____ **Parentesco con usted:** _____

Correo electrónico: _____

Por favor, elija un médico de cabecera (PCP, por sus siglas en inglés): _____ **Número de su PCP:** _____

Por favor, proporcione la información de su seguro de Medicare

Por favor, consulte su tarjeta de Medicare para llenar esta sección.

- Por favor, llene los espacios en blanco en forma que correspondan con su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare.

- O -

- Adjunte una copia de su tarjeta de Medicare o su carta del Seguro Social o de la Junta de jubilación para ferroviarios.

Usted **debe** recibir la Parte A y la Parte B de Medicare para inscribirse en un plan de Medicare Advantage

<p>MEDICARE HEALTH INSURANCE</p>	
MUESTRA SOLAMENTE	
Nombre: _____	Sexo: _____
Número de reclamo de Medicare: _____	_____
Tiene derecho a	Fecha de entrada en vigor
HOSPITAL (Parte A)	_____
MEDICAL (Parte B)	_____

Pagar la prima de su plan

Para miembros de Platinum solamente: Si determinamos que usted debe una penalización por inscripción tardía, debemos saber cómo prefiere pagarla. Puede pagar por correo cada mes. También puede optar por pagar su prima con una deducción automática de su cheque mensual de beneficios del Seguro Social.

Para todos los otros planes: Puede pagar la prima mensual de su plan por correo cada mes. También puede optar por pagar su prima con una deducción automática de su cheque mensual de beneficios del Seguro Social.

Las personas con ingresos limitados podrían calificar para recibir ayuda adicional para cubrir los costos de sus medicamentos recetados. Si es elegible, Medicare podría pagar el 75% o más de los costos de sus medicamentos, incluyendo primas mensuales de medicamentos recetados, deducibles anuales y coaseguro. Además, las personas que califican no serán sujetas a falta de cobertura o a penalización por inscripción tardía. Muchas personas son elegibles para recibir estos ahorros y no lo saben. Para más información sobre esta ayuda adicional, contacte a 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.socialsecurity.gov/prescriptionhelp.

Si califica para recibir ayuda adicional con sus costos de cobertura de medicamentos recetados de Medicare, Medicare pagará toda o parte de la prima del plan. Si Medicare sólo paga una parte de dicha prima, nosotros le enviaremos una factura por el monto que Medicare no cubra.

Si no selecciona una opción de pago, recibirá una factura cada mes.

Por favor, seleccione una opción de pago:

- Reciba una factura
- Deducción automática de su cheque mensual de beneficios del Seguro Social. (La deducción del Seguro Social podría demorar dos meses o más para iniciar. En la mayoría de los casos, la primera deducción de su cheque de beneficios del Seguro Social incluirá todas las primas pagaderas desde la fecha de inicio de su inscripción hasta el punto en que inicie la deducción).

Por favor, lea y responda estas preguntas importantes:

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

Si respondió que “sí” a esta pregunta y ya no necesita diálisis en forma regular o si ha le han hecho un trasplante exitoso de riñón, **favor de adjuntar una nota o registros** de su médico mostrando que usted no necesita diálisis o que ha tenido un trasplante exitoso de riñón.

2. Algunas personas podrían tener otra cobertura de medicamentos, incluyendo otro seguro particular, TRICARE, cobertura de beneficios de salud para empleados federales, beneficios de servicios a veteranos o programas estatales de asistencia farmacéutica.

¿Usted tendrá otra cobertura de medicamentos recetados en adición a MetroPlus? Sí No

Si respondió que “sí”, por favor, enumere sus otras fuentes de cobertura y su(s) número(s) de identificación (ID) para dicha(s) cobertura(s):

Nombre de la otra cobertura: _____ Número de identificación para esta cobertura: _____ Número de grupo para esta cobertura _____

3. ¿Es residente en un centro de atención a largo plazo, tal como un hogar de ancianos? Sí No

Si respondió que “sí”, por favor, proporcione la siguiente información: Nombre de la institución: _____

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

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

Si respondió que “sí”, por favor, proporcione su número de Medicaid: _____

5. ¿Usted o su esposo/a trabaja? Sí No

6. ¿Tiene usted la afección autorizada? (Sólo para personas inscritas en MetroPlus Medicare Partnership In Care Plan (HMO) Sí No

Por favor, marque una de las casillas a continuación si prefiere que le enviemos información

en otro idioma que no sea inglés: Español Chino Braille

Contacte a MetroPlus Health Plan al (866)-986-0356 (TTY/TDD (800)-881-2812) si necesita información en otro formato o idioma distinto a los que enumeramos arriba (tal como Braille, audio casete o letra grande). Nuestro horario de atención es de lunes a domingo, 8:00 a.m. – 8:00 p.m.

Para personas inscritas en Medicare Advantage Partnership in Care:

¿Quién es su doctor de cabecera actualmente?

Nombre: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____



Por favor, lea esta información importante

Si actualmente tiene cobertura de salud de un empleador o unión, inscribirse en MetroPlus puede afectar los beneficios de salud que usted recibe de su empleador o su unión. Usted puede perder la cobertura proporcionada por su empleador o su unión si se inscribe en MetroPlus. Lea las notificaciones que le envía su empleador o su unión. Si tiene alguna pregunta, visite su sitio Web o contacte a la oficina que figura en las notificaciones. Si no tienen información de contacto, su administrador de beneficios o la oficina que responde preguntas sobre su cobertura le puede ayudar.

Por favor, lea lo siguiente y firme

Al completar esta solicitud de inscripción, expreso mi conformidad con lo siguiente:

MetroPlus es un plan de Medicare Advantage y tiene un contrato con el gobierno federal. Necesito mantener la Parte A y la Parte B de Medicare. Puedo pertenecer sólo a un plan de Medicare Advantage a la vez y entiendo que al inscribirme en este plan automáticamente finalizará mi inscripción en otro plan de salud de Medicare o plan de medicamentos recetados. Es mi responsabilidad informarle de cualquier cobertura de medicamentos recetados que tenga o que pudiera conseguir en el futuro. Generalmente la inscripción en este plan es por un año entero. Una vez que me inscriba podré retirarme de este plan o hacer cambios sólo en ciertos periodos del año, cuando sea disponible un periodo de inscripción (Ejemplo: 15 de noviembre – 31 de diciembre de cada año) o bajo ciertas circunstancias especiales.

MetroPlus sirve a un área de servicio específica. Si me mudo fuera del área que MetroPlus sirve, necesito notificar al plan para que pueda cancelar mi inscripción y encontrar un plan nuevo en mi área nueva. Una vez que sea miembro de MetroPlus, tengo el derecho de apelar las decisiones del plan sobre pagos o servicios, si no estoy de acuerdo. Leeré el documento de Evidencia de Cobertura de MetroPlus cuando lo reciba, para informarme de qué normas debo seguir para obtener cobertura con este plan de Medicare Advantage. Entiendo que las personas con Medicare por lo regular no reciben cobertura de Medicare fuera del país, a excepción de cobertura limitada cerca de la frontera de los Estados Unidos.

Entiendo que a partir del día en que comienza la cobertura de MetroPlus, debo obtener toda mi atención médica de MetroPlus, a excepción de atención de emergencia o servicios requeridos de urgencia o servicios de diálisis fuera del área. Los servicios autorizados por MetroPlus y otros servicios detallados en el documento de Evidencia de Cobertura de MetroPlus (también denominado contrato de miembro o acuerdo de miembro) serán cubiertos.

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

Entiendo que si recibo asistencia de un agente de ventas, agente u otro individuo empleado o contratado por MetroPlus, él/ella podrían ser remunerados con base a mi inscripción en MetroPlus Medicare Advantage Plan.

Divulgación de información: Al inscribirme en este plan de salud de Medicare, reconozco que MetroPlus divulgará mi información a Medicare y a otros planes, a medida que esto sea necesario para el tratamiento, pagos y los procesos de atención médica. También reconozco que MetroPlus divulgará mi información [incluyendo mi registro de medicamentos recetados] a Medicare, quien a su vez podría divulgarla para fines de investigación y otras finalidades, conforme a todos los estatutos y normas federales que correspondan. La información en este formulario de inscripción es correcta a mi leal saber y entender. Entiendo que si proporciono información falsa intencionalmente en este formulario, cancelarán mi inscripción del plan.

Entiendo que mi firma (o la firma de la persona autorizada a actuar en mi representación bajo las leyes del estado en el que vivo) en esta solicitud, significa que he leído y entiendo el contenido de esta solicitud. Al ser firmada por una persona autorizada (tal como se describe anteriormente), esta firma certifica que: 1) esta persona está autorizada bajo la ley estatal para completar esta inscripción y 2) la documentación de dicha autoridad está disponible a petición de MetroPlus o de Medicare.

Su Firma:	La fecha de hoy:
------------------	-------------------------

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

Nombre _____
Dirección _____
Número de Teléfono (____) _____ - _____
Parentesco con la persona inscrita : _____

<p>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: _____</p> <p>Marketing: Rep code: _____ Site ID Code: _____ Event Name: _____</p>
