

FORMULARIO DE SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN INDIVIDUAL PARA INSCRIBIRSE EN UN PLAN MEDICARE ADVANTAGE (PARTE C) O UN PLAN DE MEDICAMENTOS RECETADOS DE MEDICARE ADVANTAGE (PARTE D)

¿Quién puede usar este formulario?

Personas con Medicare que quieren unirse a un plan Medicare Advantage o a un Plan de medicamentos recetados de Medicare

Para unirse a un plan, usted debe:

- Ser ciudadano de los Estados Unidos o estar legalmente presente en EE. UU.
- Vivir en el área de servicio del plan

Importante: Para unirse a un plan Medicare Advantage, también debe tener ambos:

- Parte A de Medicare (Seguro hospitalario)
- Parte B de Medicare (Seguro médico)

Importante: Para unirse a un Plan de medicamentos recetados de Medicare, también debe tener uno o ambos:

- Parte A de Medicare (Seguro hospitalario)
- Parte B de Medicare (Seguro médico)

¿Cuándo uso este formulario?

Puede unirse a un plan:

- Entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre de cada año (para cobertura que inicia el 1 de enero)
- En el plazo de 3 meses después de obtener por primera vez Medicare
- En ciertas situaciones en las que se permite unirse o cambiar planes

Visite [Medicare.gov](https://www.Medicare.gov) para obtener más información sobre cuándo puede inscribirse en un plan.

¿Qué necesito para completar este formulario?

- Su número de Medicare (el número que aparece en su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare)
- Su dirección y teléfono permanente

Nota: Debe completar toda información de la Sección 1. La información de la Sección 2 es opcional — No se puede negar la cobertura por no completarla.

Recordatorios:

- Si quiere unirse a un plan la inscripción abierta de otoño (15 de octubre - 7 de diciembre), el plan debe recibir su formulario completado antes del 7 de diciembre.
- Su plan enviará una factura por la prima del plan. Puede elegir inscribirse para que sus pagos de primas se deduzcan de su cuenta bancaria o de su beneficio mensual del Seguro Social (o de la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios).

¿Qué pasa después?

Envíe su formulario completado y firmado a:
VillageCareMAX
120 Broadway Suite 2840
New York NY 10271

Una vez que procesen su solicitud para unirse, se pondrán en comunicación con usted.

¿Cómo puedo obtener ayuda para completar este formulario?

Llame a VillageCareMAX al 1-855-296-8800. Los usuarios de TTY pueden llamar al 711.

También, pueden llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 711. 1-877-486-2048.

En español: Llame a VillageCareMAX al 1-855-296-8800/711 o a Medicare gratis al 1-800-633-4227 y oprima el 8 para asistencia en español y un representante estará disponible para asistirle.

Personas que están sin hogar

- Si quiere unirse a un plan, pero no tiene residencia permanente, un apartado postal, una dirección de un refugio o clínica, o la dirección donde recibe correo (por ejemplo, cheques del Seguro Social) pueden considerarse su dirección de residencia permanente.

De acuerdo con la Ley de Reducción del Papeleo (Paperwork Reduction Act) de 1995, ninguna persona está obligada a responder a una recopilación de información a menos que muestre un número de control válido de OMB. El número de control OMB válido para esta recopilación de información es 0938-1378. Se calcula que el tiempo necesario para completar esta información es en promedio de 20 minutos por respuesta, incluyendo el tiempo para revisar las instrucciones, buscar recursos de datos existentes, reunir los datos necesarios, y completar y revisar la recopilación de información. Si tiene algún comentario relacionado con la precisión de los cálculos 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 ningún artículo que contenga su información personal (como reclamos, pagos, expediente médico, etc.) a la Oficina de Autorización de Reportes de PRA (PRA Reports Clearance Office). Cualquier artículo que recibamos que no tenga que ver con cómo mejorar este formulario o su carga de la recopilación (descrita en OMB 0938-1378) se destruirá. No se conservará, revisará ni remitirá al plan. Consulte "¿Qué sucede después?" en esta página para enviar su formulario completado al plan.

**Sección 1 – Todos los campos de esta página son obligatorios
(a menos que estén marcados como opcionales).**

Seleccione el plan al que quiere unirse:

- ☐ VillageCareMAX Medicare Health Advantage Plan (HMO D-SNP): \$0 – \$58.80 por mes
☐ VillageCareMAX Medicare Total Advantage Plan (HMO D-SNP): \$0 – \$58.80 por mes
☐ VillageCareMAX Medicare Select Advantage Plan (HMO): \$0 – \$58.80 por mes

PRIMER nombre: _____ APELLIDO: _____ [Opcional: Inicial del segundo nombre]: _____

Fecha de nacimiento: (MM/DD/AAAA)

(____ / ____ / ____)

Sexo:

☐ Masculino ☐ Femenino

Teléfono:

(_____)

Dirección de residencia permanente (no escriba un apartado postal. Nota: Para las personas sin hogar, un apartado postal puede considerarse su dirección de residencia permanente):

Ciudad:

[Opcional: Condado]:

Estado:

Código postal:

Dirección postal, si es diferente de su dirección permanente (se permite apartado de correo):

Dirección postal:

Ciudad:

Estado:

Código postal:

Su información de Medicare:

Número de Medicare: ____ - ____ - ____

Responda estas preguntas importantes:

¿Tendrá otra cobertura de medicamentos con receta (como VA, TRICARE) además de VillageCareMAX?

☐ Sí ☐ No

Nombre de otra cobertura:

Número de miembro para esta cobertura:

Número de grupo para esta
cobertura:

¿Está inscrito en el programa Medicaid de su estado? ☐ Sí ☐ No

Si respondió Sí, proporcione su número de Medicaid: _____

- **VillageCareMAX Medicare Health Advantage Plan (HMO D-SNP):** Marque si corresponde ☐
¿Es elegible para asistencia de costos compartidos de Medicare según Medicaid del estado de Nueva York?
- **VillageCareMAX Medicare Total Advantage Plan (HMO D-SNP):** Marque si corresponde ☐
Indique si cumple todos los siguientes requisitos: 1) Es elegible para la cobertura completa de Medicaid del estado de Nueva York; 2) Es mayor de 18 años; y 3) es elegible para el nivel de atención de residencia de atención a largo plazo y necesita servicios de atención de largo plazo en la comunidad o en un centro por un período continuo de más de 120 días a partir de la fecha de inicio de la inscripción, según una evaluación que completa un enfermero registrado.
4) Necesitar Servicios y Apoyos Comunitarios de Atención a Largo Plazo (CBLTSS) por más de 120 días y cumplir con los Requisitos Mínimos de Necesidad como se indica abajo:
 - Al menos asistencia limitada con el manejo físico en más de dos Actividades de la vida diaria (ADL); o individuos con diagnóstico de demencia o de la enfermedad de Alzheimer, al menos supervisión en más de una ADL.

IMPORTANTE: Lea y firme abajo:

- Debo mantener la cobertura hospitalaria (Parte A) y la cobertura médica (Parte B) para estar en VillageCareMAX.
- Uniéndome a este Plan Medicare Advantage, reconozco que VillageCareMAX compartirá mi información con Medicare, quien puede usarla para rastrear mi inscripción, hacer pagos y para otros propósitos permitidos por la ley federal que autoriza la recopilación de esta información (consulte la Declaración de la Ley de Privacidad [Privacy Act] abajo). Su respuesta a este formulario es voluntaria. Sin embargo, la falta de respuesta puede afectar la inscripción en el plan.
- Entiendo que solo puedo estar inscrito en un plan MA o Parte D a la vez y, que la inscripción en este plan finalizará automáticamente mi inscripción en otro plan MA o Parte D (Se aplican excepciones para los planes MA PFFS y MA MSA).
- Entiendo que, cuando comience mi cobertura de VillageCareMAX, debo obtener todos mis beneficios médicos y de medicamento con receta de VillageCareMAX. Se cubrirán los beneficios y servicios que presta VillageCareMAX y que contiene mi documento “Evidencia de cobertura” de VillageCareMAX (también conocido como contrato de miembro o acuerdo de suscriptor). Ni Medicare ni VillageCareMAX pagarán beneficios o servicios que no están cubiertos.
- La información de este formulario de inscripción es correcta hasta donde yo sé. Entiendo que, si proporciono intencionalmente información falsa en este formulario, se cancelará mi inscripción del plan.
- Entiendo que mi firma (o la firma de la persona legalmente autorizada para actuar en mi nombre) en esta solicitud significa que leí y comprendí el contenido de esta solicitud. Si tiene la firma de un representante autorizado (como se describe arriba), esta firma certifica que:
 - 1) Esta persona está autorizada según la ley estatal para completar esta inscripción, y
 - 2) La documentación de esta autoridad está disponible si la pide Medicare.

Firma:**Fecha de hoy:****Si usted es el representante autorizado, firme arriba y complete estos campos:****Nombre:****Dirección:****Teléfono:****Relación con el afiliado:**

Sección 2 – Todos los campos de esta sección son opcionales

Responder estas preguntas es su elección. No se puede negar la cobertura por no completarlos.

Seleccione uno si quiere que enviemos información en un idioma distinto al inglés.

☐ Español ☐ Español criollo ☐ Chino ☐ Árabe ☐ Coreano ☐ Ruso ☐ Italiano ☐ Francés
☐ Criollo francés ☐ Yidis ☐ Polaco ☐ Tagalo ☐ Bengali ☐ Albanés ☐ Griego ☐ Urdu

Seleccione uno si quiere que enviemos información en un formato accesible.

☐ Braille ☐ Letra de molde grande ☐ CD de audio ☐ CD de datos

Comuníquese con VillageCareMAX al 1-855-296-8800 si necesita información en un formato accesible distinto a los que se mencionan arriba. Nuestro horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY pueden llamar al 711.

¿Trabaja? ☐ Sí ☐ No ¿Trabaja su cónyuge? ☐ Sí ☐ No

Mencione a su médico de atención primaria (PCP), clínica o centro médico (VillageCareMAX asignará un PCP si no elige uno):

Nombre: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

NPI: _____

¿Está visitando actualmente a este médico? ☐ Sí ☐ No

Quiero recibir el siguiente material por correo electrónico. Seleccione uno o más.

Preinscripción

☐ Resumen de beneficios
☐ Documento de calificación de estrellas de Medicare

Inscripción

☐ Evidencia de cobertura
☐ Proovedores y farmacias

Directorio

☐ Lista de planes Medicaid Advantage Plus (MAP)
☐ Formulario (Lista de medicamentos cubiertos)
☐ Guía de atención de largo plazo para el consumidor
☐ Formulario de inscripción de Medicare completado

Dirección de correo electrónico: _____

Cómo pagar las primas de su plan

Puede pagar la prima mensual de su plan (incluyendo cualquier multa por inscripción tardía que tenga actualmente o pueda deber) por correo "Transferencia electrónica de fondos (EFT)", "tarjeta de crédito" cada mes. **También puede elegir pagar su prima mediante el descuento automático de su cheque de beneficios del Seguro Social o de la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios (RRB) cada mes].**

Seleccione una opción de pago de la prima:

- ☐ Obtenga una factura. Puede pagar la prima mensual de su plan (incluyendo cualquier multa por inscripción tardía que tenga actualmente o pueda deber) por correo cada mes.
- ☐ Transferencia electrónica de fondos (EFT) de su cuenta bancaria cada mes. Adjunte un cheque ANULADO o proporcione lo siguiente:
Nombre de banco: _____
Nombre del titular de la cuenta: _____
Número de ruta bancaria: _____ Número de cuenta bancaria: _____
Tipo de cuenta: ☐ Cuenta corriente ☐ Cuenta de ahorros
- ☐ Tarjeta de crédito. Proporcione la siguiente información:
Tipo de tarjeta: _____
Nombre del titular de la cuenta como aparece en la tarjeta: _____
Número de cuenta: _____
Fecha de vencimiento: __/__/____ (MM/AAAA)
CVV: _____
Dirección de facturación: _____
Ciudad: _____
Estado: _____
Código postal: _____
- ☐ Deducción automática de sus beneficios mensuales del Seguro Social
- ☐ Deducción automática de sus beneficios mensuales de la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios (RRB)

Si tiene que pagar una Cantidad de Ajuste Mensual Relacionada con los Ingresos de la Parte D (Parte D-IRMAA), debe pagar esta otra cantidad además de la prima de su plan. Esta cantidad generalmente se descuenta de sus beneficios del Seguro Social o puede recibir una factura de Medicare (o RRB). NO pague a VillageCareMAX la Parte D-IRMAA.

Solo para las personas que ayudan al afiliado a completar este formulario

Complete esta sección si usted es una persona (por ejemplo, agentes, bróker, consejeros de SHIP, familiares u otros terceros) que ayuda a un afiliado a completar este formulario.

Nombre: _____ Relación con el afiliado: _____
Firma: _____ Número de productor nacional (solo agentes/bróker): _____

Solo para uso de la oficina:

Nombre del miembro del personal/agente/bróker (si recibió ayuda para la inscripción): _____
Fecha de recepción de la solicitud del miembro del personal/agente/bróker: _____
Contrato H2168/n.º de ID del plan: _____
Fecha de inicio de la cobertura: _____
ICEP/IEP: _____ AEP: _____ MA OEP: _____ SEP (tipo): _____ OEPI: _____
No elegible: _____

DECLARACIÓN DE LA LEY DE PRIVACIDAD

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS) recopilan información de los planes de Medicare para hacer un seguimiento de la inscripción de los beneficiarios en los planes Medicare Advantage (MA), mejorar la atención y pagar los beneficios de Medicare. Las secciones 1851 de la Ley del Seguro Social y 42 CFR §§ 422.50 y 422.60 autorizan la recopilación de esta información. Los CMS pueden usar, revelar e intercambiar datos de inscripción de los beneficiarios de Medicare según lo especificado en el Aviso del Sistema de Registros (SORN) "Medicare Advantage Prescription Drug (MARx)", Sistema n.º 09-70-0588. Su respuesta a este formulario es voluntaria. Sin embargo, la falta de respuesta puede afectar la inscripción en el plan.