

---

## DOCUMENTO 1: MODELO DEL FORMULARIO DE SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN INDIVIDUAL PARA INSCRIBIRSE EN UN PLAN MEDICARE ADVANTAGE (PARTE C) O EN EL PLAN DE MEDICAMENTOS DE RECETA DE MEDICARE (PARTE D)

---

### ¿Quién puede utilizar este formulario?

Personas con Medicare que quieren afiliarse a un Medicare Advantage Plan o a un Plan de Medicamentos de Receta de Medicare

#### Para afiliarse a un plan, usted debe:

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

**Importante:** Para afiliarse a un Medicare Advantage Plan, usted también debe tener ambos:

- Medicare Parte A (seguro hospitalario)
- Medicare Parte B (seguro médico)

### ¿Cuándo utilizo este formulario?

Usted puede afiliarse a un plan:

- Entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre de cada año (para cobertura que comienza el 1º de enero)
- Dentro de 3 meses de primero recibir Medicare
- En ciertas situaciones en las que se le permite afiliarse a planes o cambiarlos

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

### ¿Qué necesito para llenar este formulario?

- Su número de Medicare (está en su tarjeta de Medicare roja, blanca y azul)
- Su domicilio permanente y teléfono

**Nota:** Tiene que llenar todos los campos de la 1ª Sección 1. Los campos de la 2ª Sección son

opcionales — no puede negársele la cobertura si no los llena.

### Recordatorios:

- Si quiere afiliarse a un plan en el otoño durante las inscripciones abiertas (15 de octubre al 7 de diciembre), el plan tiene que recibir su formulario llenado a más tardar el 7 de diciembre.
- Su plan le enviará una factura para la prima del plan. Puede elegir que sus pagos de la prima sean deducidos de su cuenta bancaria o de su beneficio mensual del Seguro Social (o de la Junta de Retiro Ferroviario).

### ¿Qué sucede después?

Mande su formulario llenado y firmado a:  
VillageCareMAX  
112 Charles Street  
New York, NY 10014

Una vez procesada su solicitud para afiliarse, nos pondremos en contacto con usted.

### ¿Cómo me ayudan con este formulario?

Llame a VillageCareMAX al 1-800-469-6292. Los usuarios de TTY llaman al 711.

O bien llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

**En español:** Llame a VillageCareMAX al 1-800-469-6292/711 o a Medicare sin costo al 1-800-633-4227 y oprima el 2 para asistencia en español y un representante estará disponible para asistirle.

**1ª sección – Todos los campos en esta página son obligatorios (a menos que sean marcados como opcionales)**

**Seleccione el plan al cual quiere afiliarse:**

- VillageCareMAX Medicare Health Advantage (HMO D-SNP) \$0 – \$42.30 al mes  
 VillageCareMAX Medicare Total Advantage (HMO D-SNP) \$0 al mes

NOMBRE: \_\_\_\_\_ APELLIDO: \_\_\_\_\_ [Opcional: inicial del segundo nombre]: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: (MM/DD/AAAA) ( ____ / ____ / ____ )	Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Teléfono: ( ____ )
-------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------	-----------------------

Domicilio permanente (calle y número, no ponga un apartado postal): \_\_\_\_\_

Ciudad: _____	[Opcional: condado]: _____	Estado: _____	Código postal: _____
---------------	----------------------------	---------------	----------------------

Dirección postal, si difiere de su domicilio permanente (puede poner apartado postal): \_\_\_\_\_

Calle y número: _____	Ciudad: _____	Estado: _____	Código postal: _____
-----------------------	---------------	---------------	----------------------

**Sus datos de Medicare:**

**Número de Medicare:** \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

**Responda a estas preguntas importantes:**

¿Tendrá usted otra cobertura de medicamentos de receta (como VA, TRICARE) aparte de VillageCareMAX?

Sí  No

Nombre de la otra cobertura: \_\_\_\_\_ Núm. del miembro para esta cobertura: \_\_\_\_\_ Núm. grupal para esta cobertura: \_\_\_\_\_

¿Está inscrito en un programa estatal de Medicaid?  Sí  No

Si respondió “Sí”, por favor proporcione su número de Medicaid: \_\_\_\_\_

- VillageCareMAX Medicare Health Advantage (HMO D-SNP):** Por favor marque si aplica   
 ¿Es elegible para la ayuda de compartición de costos para Medicare bajo Medicaid del Estado de Nueva York?
- VillageCareMAX Medicare Total Advantage (HMO D-SNP):** Por favor marque si aplica   
 Por favor indique si reúne todos estos requisitos: 1) ¿Es usted elegible para la cobertura completa de Medicaid del Estado de Nueva York; 2) tiene por lo menos 18 años de edad; y 3) es elegible para el nivel de cuidados de asilo y requiere Servicios de Cuidados a Largo Plazo en la comunidad o en una institución para un período continuo de más de 120 días a partir de la fecha de entrada en vigor de la inscripción, en base a una evaluación completada por una enfermera titulada?

**IMPORTANTE: Lea y firme abajo:**

- Tengo que conservar la Parte A (hospitalaria) y la Parte B (médica) para quedarme en VillageCareMAX.
- Afiliándome a este Medicare Advantage Plan o al Plan de Medicamentos de Receta de Medicare, acepto que VillageCareMAX compartirá mi información con Medicare, que podría usarla para rastrear mi inscripción, realizar pagos y para otros fines permitidos por las leyes federales que autorizan la recopilación de esta información (consulte la Declaración de la Ley de Privacidad que aparece en la siguiente página).
- Es voluntario responder a este formulario, pero no hacerlo podría afectar la inscripción en el plan.
- La información proporcionada en este formulario de inscripción es correcta a mi leal saber y entender. Entiendo que si doy información falsa intencionalmente en este formulario, seré sacado del plan.
- Entiendo que generalmente Medicare no cubre a las personas que tienen Medicare mientras están fuera del país, excepto para cobertura limitada cerca de la frontera estadounidense.
- Entiendo que al comenzar mi cobertura VillageCareMAX tengo que recibir todos mis beneficios médicos y de los medicamentos de receta de VillageCareMAX. Los beneficios y servicios proporcionados por VillageCareMAX que se encuentran en mi documento "Evidencia de Cobertura" de VillageCareMAX (también conocido como contrato del miembro o acuerdo del suscriptor) serán cubiertos. Ni Medicare ni VillageCareMAX pagarán por los beneficios o servicios que no estén cubiertos.
- Entiendo que mi firma (o la firma de la persona legalmente autorizada para actuar en mi nombre) en esta solicitud significa que he leído y entendido su contenido. Si la firma un representante autorizado (como se describe arriba), esta firma certifica que:
  - 1) Las leyes estatales autorizan a esta persona a finalizar esta inscripción, y
  - 2) La documentación de esta autoridad puede obtenerse solicitándola de Medicare.

**Firma:**

**Fecha de hoy:**

Si usted es el representante autorizado, firme arriba y llene estos campos:

Nombre:

Dirección:

Teléfono:

Relación con la persona inscrita:

## 2ª sección – Todos los campos en esta página son opcionales

**Usted decide si responde a estas preguntas. No le podemos negar la cobertura si no las contesta.**

Seleccione uno de estos idiomas si quiere que le enviemos información que no sea en español:

- Inglés  
 Chino

Seleccione uno si quiere que le enviemos información en un formato accesible:

- Braille     Letras grandes     Audio CD

Por favor llame a VillageCareMAX al 1-800-469-6292 si necesita información en un formato accesible que no sea uno que aparece arriba. Contestamos llamadas de 8:00 am a 8:00 pm, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY pueden llamar al 711.

¿Trabaja usted?     Sí     No                                    ¿Trabaja su cónyuge?     Sí     No

Ponga los datos de su Médico de Cuidados Primarios (PCP), clínica o centro de salud:

Nombre: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ NPI: \_\_\_\_\_

Quiero recibir los siguientes materiales por correo electrónico. Seleccione uno o más.

### **Pre-inscripción**

- Resumen de Beneficios  
 Documento de Calificaciones por Estrellas de Medicare  
 Lista de planes Medicaid Advantage Plus (MAP)  
 Guía del Consumidor de Cuidados a Largo Plazo  
 Formulario Completado de Inscripción en Medicare

### **Inscripción**

- Evidencia de Cobertura  
 Directorio de Proveedores y Farmacias  
 Formulario

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 actualmente tiene o podría deber) por correo cada mes. **También puede optar por pagar su prima mensual descontando la cantidad automáticamente de su beneficio del Seguro Social o de la Junta de Retiro Ferroviario (RRB).**

**Si tiene que pagar una Cantidad de Ajuste Mensual de la Parte D Relacionada con sus Ingresos (Parte D-IRMAA), debe pagar esta cantidad adicional aparte de la prima de su plan.** La cantidad generalmente es descontada de su beneficio del Seguro Social o podría llegarle la factura de Medicare (o de la RRB). **NO** le pague a VillageCareMAX la Parte D-IRMAA.

### **DECLARACIÓN DE LA LEY DE PRIVACIDAD**

Los Centros para los Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) recopilan información de los planes de Medicare para rastrear las inscripciones de beneficiarios en Medicare Advantage (MA) o en los Planes de Medicamentos de Receta (PDP), mejorar los cuidados y para el pago de los beneficios de Medicare. Las Secciones 1851 y 1860D-1 de la Ley del Seguro Social y las Secciones 422.50, 422.60, 423.30 y 423.32 del Título 42 del Código de Reglamentos Federales (CFR) autorizan la recopilación de esta información. Los CMS pueden usar, divulgar e intercambiar datos de inscripciones de los beneficiarios de Medicare como se especifica en el Aviso del Sistema de Registros (SORN) "Medicamento de Receta de Medicare Advantage (MARx)", sistema núm. 09-70-0588. Su respuesta a este formulario es voluntaria, pero no responder podría afectar su inscripción en el plan.