

Instrucciones para completar el formulario breve de solicitud de inscripción

Utilice este formulario si se está cambiando de un Plan Medicare de Healthfirst a otro.
No puede usar este formulario para inscribirse por primera vez en el Plan Medicare de Healthfirst.

Sección 1 | Información del miembro

- Complete esta sección en su totalidad para que podamos encontrarle en nuestro sistema. Utilice el mismo nombre que aparece en su tarjeta actual de identificación de miembro de Healthfirst.

Sección 2 | Información del Plan

- Escriba el nombre del Plan Medicare de Healthfirst en el que está inscrito(a) actualmente, el nombre del plan nuevo al que se quiere cambiar y la prima mensual de cada plan. Si no está seguro(a) de los nombres de los planes o del monto de las primas, puede encontrar esta información en nuestro sitio web en <https://es.healthfirst.org/health-insurance/medicare-plans/>.
- También proporcione el nombre y la información de contacto de su proveedor de cuidado primario (PCP), si tiene alguno. Usted puede encontrar la información de su PCP en www.HFDocFinder.org. Si usted deja esta sección en blanco o su PCP no pertenece a la red, se le asignará uno automáticamente. Usted puede cambiar de PCP en el futuro si lo desea.

Sección 3 | Idioma y formato de preferencia del material

- Queremos asegurarnos que el material del plan sea fácil de entender y en un idioma que usted comprenda. Seleccione el idioma y formato de preferencia.

Sección 4 | La prima de su plan

- Seleccione el modo preferido de realizar el pago de la prima mensual (si su plan tiene una prima mensual). Usted puede elegir que se le mande el estado de cuentas cada mes para realizar el pago enviándonos un cheque, que se le deduzca automáticamente el monto de la prima de su cheque mensual de beneficios del Seguro Social o de la Junta de Jubilados del Sistema Ferroviario (Railroad Retirement Board o RRB, por sus siglas en inglés), o pagar en línea usando una cuenta corriente/de ahorro o una tarjeta de crédito/débito. Si usted no elige una opción de pago, recibirá automáticamente su estado de cuentas por correo cada mes.
- Usted podría tener una reducción o exención del monto de la prima si recibe subsidio por bajos ingresos (LIS, por sus siglas en inglés) o ayuda adicional. Tenga en cuenta que no todos los Planes Medicare de Healthfirst tienen una prima del plan.

Sección 5 | Lea y firme

- Es importante leer y entender la información proporcionada en esta sección antes de firmar y escribir la fecha en el formulario. Su firma autoriza a Healthfirst a realizar cambios en su cobertura descritos en este formulario.

Envíe el formulario completado
por fax o correo a:

Healthfirst Medicare Plan
P.O. Box 5193, New York, NY 10274-5193
Fax: 1-212-801-3250

¿Sabía usted que nuestros formularios también están disponibles en línea? Ingrese a su cuenta segura de Healthfirst en es.MyHFNY.org para aprovechar al máximo su plan de Healthfirst.

Si tiene preguntas o necesita ayuda adicional, llame al número de Servicios a los Miembros que se encuentra al dorso de su tarjeta de miembro. Para obtener asistencia personal, visite una de nuestras oficinas locales de Healthfirst. Los horarios y direcciones están disponibles en línea en es.healthfirst.org/healthfirst-community-office.

Healthfirst Health Plan, Inc. ofrece planes HMO que tienen contratos con el gobierno federal. La inscripción en el Plan Medicare de Healthfirst está sujeta a la renovación del contrato.

Formulario breve de solicitud de inscripción

Por favor, rellene con tinta y en letra de imprenta. Envíe las copias originales a: **Healthfirst Medicare Plan, P.O. Box 5193, New York, NY 10274-5193**

Si está cambiando de plan dentro del Plan Medicare de Healthfirst, debe utilizar este formulario. Este formulario no se puede usar para inscribirse por primera vez en el Plan Medicare de Healthfirst.

| Sección 1 Información del miembro | | | |
|--|--|----------|---------------|
| Nombre | Inicial del segundo nombre | Apellido | |
| Número de ID | Número CIN de Medicaid del estado de Nueva York (si corresponde) | | |
| Número de teléfono particular | Número de teléfono celular | | |
| Dirección de correo electrónico (opcional) | | | |
| Dirección física permanente (no se permiten apartados postales) | Ciudad | Estado | Código postal |
| Dirección postal (sólo si es distinta de la dirección física permanente) | Ciudad | Estado | Código postal |

| Sección 2 Información del plan |
|--|
| Actualmente soy miembro del Plan _____ del Plan Medicare de Healthfirst. con una prima mensual de \$ _____. |
| Deseo cambiarme al Plan _____ del Plan Medicare de Healthfirst. |
| Comprendo que este plan tiene beneficios de salud distintos y una prima mensual de \$ _____. |
| Nombre del proveedor de cuidado primario (PCP): _____ |
| Número de teléfono del proveedor de cuidado primario (PCP): _____ |
| Número de identificación del proveedor de cuidado primario (PCP): _____ |

| Sección 3 Idioma y formato de preferencia del material (según disponibilidad) |
|--|
| Inglés Español Chino <input type="checkbox"/> Braille <input type="checkbox"/> Letra Grande |
| Por favor, comuníquese con el Plan Medicare de Healthfirst al 1-888-260-1010 si necesita información en otro formato accesible o idioma que no sean los mencionados anteriormente. Nuestro horario de atención es los 7 días de la semana, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-888-867-4132 . |

| Sección 4 La prima de su plan |
|---|
| Si usted tiene una prima mensual de su plan, puede pagarla (incluida cualquier multa por inscripción tardía que tenga actualmente o adeude) por correo todos los meses. |
| También puede elegir que se deduzca la prima automáticamente de su cheque del Seguro Social o de la Junta de Jubilados del Sistema Ferroviario (RRB, por sus siglas en inglés) todos los meses. Si se le aplica una cantidad de ajuste mensual relacionado con los ingresos (IRMAA, por sus siglas en inglés) para la Parte D, se lo notificará la Administración del Seguro Social. Usted será responsable del pago de esta cantidad adicional, además de la prima de su plan. Se le retendrá la cantidad de su cheque de beneficios del Seguro Social, o Medicare o la RRB se lo facturarán directamente. |
| NO PAGUE al Plan Medicare de Healthfirst la IRMAA de la Parte D. |
| Las personas con ingresos limitados pueden calificar para Ayuda Adicional para pagar por sus costos de medicamentos recetados. Si califica, es posible que Medicare pague el 75 % o más de los costos de sus medicamentos, incluidas las primas mensuales de medicamentos recetados, los deducibles anuales y el coseguro. Además, aquellas personas que califican no tendrán una interrupción de la cobertura ni una multa por inscripción tardía. Muchas personas califican para estos ahorros y ni siquiera lo saben. Para obtener más información sobre esta Ayuda Adicional, comuníquese con 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 la Ayuda Adicional en línea en http://www.socialsecurity.gov/prescriptionhelp . |
| Si califica para Ayuda Adicional con los costos de cobertura de medicamentos recetados de Medicare, Medicare cubrirá toda o parte de la prima del plan para este beneficio. Si Medicare paga sólo una parte de esta prima, le facturaremos a usted la cantidad restante que Medicare no cubre. Si no selecciona una opción de pago, recibirá todos los meses un estado de cuentas. |

Sección 4 | La prima de su plan

Por favor, seleccione una opción de pago para la prima:

Recibir un estado de cuentas y pagar con cheque, expedido a la orden de Healthfirst Health Plan, Inc.

Deducción automática de su cheque de beneficios mensual del Seguro Social o RRB.

Recibo beneficios mensuales del: Seguro Social RRB

(La deducción del Seguro Social o RRB puede tardar dos meses o más en comenzar después de que el Seguro Social o la RRB aprueben la deducción. En la mayoría de los casos, si el Seguro Social o la RRB aceptan su solicitud de deducción automática, la primera deducción de su cheque de beneficios del Seguro Social o RRB incluirá todas las primas que se deban desde la fecha efectiva de su inscripción hasta el comienzo de la retención. Si el Seguro Social o la RRB no aprueban su solicitud de deducción automática, le enviaremos un estado de cuentas impreso por su primas mensuales).

Pagar en línea usando una cuenta de ahorro/corriente o tarjeta de crédito/débito. Regístrese o ingrese a su cuenta segura de Healthfirst en MyHFNY.org y haga clic en "Pay your bill" ("Pagar factura").

Sección 5 | Lea y firme

Healthfirst Health Plan, Inc., ofrece planes HMO que tienen contratos con el gobierno federal. El Plan Medicare de Healthfirst tiene un contrato con el programa Medicaid de Nueva York para el Plan Atención Integral (HMO SNP) de Healthfirst y un Acuerdo de Coordinación de Beneficios con el Departamento de Salud del Estado de Nueva York para el Plan Mejor Calidad de Vida (HMO SNP) de Healthfirst. La inscripción en el Plan Medicare de Healthfirst está sujeta a la renovación del contrato. El Plan Medicare de Healthfirst cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. Entiendo que si recibo ayuda de un representante de ventas, agente u otra persona empleada o contratada por el Plan Medicare de Healthfirst, es posible que esa persona cobre de acuerdo con mi inscripción en el Plan Medicare de Healthfirst.

Divulgación de la información:

Al inscribirme en este plan de salud de Medicare, estoy de acuerdo que es posible que el Plan Medicare de Healthfirst divulgue mi información a Medicare, a otros planes de salud y a proveedores de cuidado médico con fines de tratamiento, pagos y actividades relacionadas con el cuidado médico. Además, estoy de acuerdo que es posible que mis proveedores de cuidado médico divulguen mi información al Plan Medicare de Healthfirst y a otros proveedores de cuidado médico con fines de tratamiento, pagos y actividades relacionadas con el cuidado médico. Este consentimiento incluye a mi persona y a cualquier miembro de mi familia por el cual estoy legalmente autorizado a proporcionar su consentimiento. También reconozco que el Plan Medicare de Healthfirst divulgará mi información (incluida la información sobre medicamentos recetados) a Medicare, que a su vez es posible que la divulgue para investigaciones y otros fines, conforme a todos los estatutos y reglamentaciones federales correspondientes. También estoy de acuerdo en que la información divulgada con fines de tratamiento, pagos y actividades relacionadas con el cuidado médico, pudiera incluir información sobre VIH, salud mental, o abuso de alcohol y de sustancias, relacionadas tanto conmigo como con mis familiares en la medida que lo permita la ley, hasta que revoque dicho consentimiento.

La información en este formulario de inscripción es correcta a mi leal saber y entender. Comprendo que si proporciono información falsa en este formulario de manera intencional, se cancelará mi inscripción en el plan. Comprendo que las personas con Medicare no están cubiertas por Medicare mientras 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 comienzo de la cobertura del Plan Medicare de Healthfirst, debo recibir toda mi atención médica del Plan Medicare de Healthfirst, a excepción de los servicios de atención de emergencia o urgencia o los servicios de diálisis realizados fuera del área. Los servicios autorizados por el Plan Medicare de Healthfirst y otros servicios incluidos en mi documento de la Evidencia de Cobertura del Plan Medicare de Healthfirst (también conocido como contrato de miembro o acuerdo de suscriptor) estarán cubiertos. Sin autorización, **NI MEDICARE NI EL PLAN MEDICARE DE HEALTHFIRST PAGARÁN ESTOS SERVICIOS.**

Comprendo que mi firma (o la firma de la persona autorizada para actuar en mi nombre conforme a las leyes del estado en el que vivo) en esta solicitud significa que he leído y comprendo su contenido. Si la firma una persona autorizada (según se describe arriba), esta firma certifica lo siguiente:

- 1) esta persona está autorizada por la ley estatal para llenar este formulario de inscripción y
- 2) la documentación de dicha autorización está disponible si Medicare lo solicita.

Firma del miembro o de su representante autorizado: _____ La fecha de hoy: _____

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

Nombre: _____ Número de teléfono: _____

Dirección: _____ Relación con el inscrito: _____

FOR HEALTHFIRST USE ONLY (SÓLO PARA USO INTERNO DE HEALTHFIRST)

Date Received: _____ Plan Code: _____ Sales Rep: _____ Employee ID#: _____

Group Name: _____ Group #: _____

Name of Staff Member (if assisted in enrollment): _____

Effective Date of Coverage: _____ AEP: _____ SEP (type): _____ Not Eligible: _____