

FORMULARIO DE SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN INDIVIDUAL PARA INSCRIBIRSE EN UN PLAN MEDICARE ADVANTAGE DE HEALTHFIRST

¿Quién puede usar este formulario?

Las personas con Medicare que quieran inscribirse en un plan Medicare Advantage de Healthfirst

Para inscribirse en un plan, debe:

- Ser ciudadano de los Estados Unidos o estar presente de forma legal en los Estados Unidos
- Vivir en el área de servicio de Healthfirst

Importante: Para inscribirse en un plan Medicare Advantage de Healthfirst, también debe tener ambas cosas:

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

¿Cuándo uso este formulario?

Puede inscribirse en un plan Medicare Advantage de Healthfirst:

- Entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre de cada año (para cobertura a partir del 1 de enero)
- Dentro de los tres meses de haber obtenido Medicare
- En ciertas situaciones en las que se permite inscribirse o cambiar de planes

Visite medicare.gov para obtener más información sobre cuándo puede inscribirse en un plan.

¿Qué necesito para completar este formulario?

- Su número de identificación de Medicare (el número de su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare)
- Su dirección y número de teléfono permanentes

Nota: Debe completar todos los puntos de las Secciones 1, 2, 3, 4, 7 y 8. Los puntos de las Secciones 5 y 6 son opcionales; no se le puede denegar la cobertura por no completarlos.

Recordatorios:

- Si desea inscribirse en un plan durante la inscripción abierta de otoño (del 15 de octubre al 7 de diciembre), Healthfirst debe recibir su formulario completado antes del 7 de diciembre.
- Healthfirst le enviará una factura por la prima del plan. Puede elegir inscribirse para que los pagos de su prima se descuenten de su cuenta bancaria o de su beneficio mensual del Seguro Social (o de la Junta de Jubilación para Ferrovianos).

¿Qué sucede después?

Envíe el formulario completado y firmado a:

Healthfirst Medicare Plan
P.O. Box 5193
New York, NY 10274-5193

Una vez que procesemos su solicitud de inscripción, nos comunicaremos con usted.

¿Cómo obtengo ayuda con este formulario?

Llame al Plan Medicare de Healthfirst al **1-877-237-1303**. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-888-867-4132.

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

In English: Call Healthfirst Medicare Plan at **1-877-237-1303**. TTY users can call 1-888-542-3821. Or, call Medicare at **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**. TTY users can call 1-877-486-2048.

Envíe por correo las copias originales a Healthfirst Medicare Plan, **P.O. Box 5193, New York, NY 10274-5193**.
Comuníquese con Servicios a los Miembros de Healthfirst si necesita este formulario en otro idioma o formato.

Sección 1 | Seleccione el plan en el que desea inscribirse

Plan Mejor Calidad de Vida (HMO SNP)
[H3359-021—prima de \$0.00]
Plan Atención Integral (HMO SNP)
[H3359-034—prima de \$0.00]
Plan 65 Plus (HMO)
[H3359-001—prima de \$0.00]
Plan de Beneficios Adicionales (HMO)
[H3359-019—prima de \$42.30*]
Plan de Beneficios Coordinados (HMO)
[H3359-027—prima de \$0.00]

Signature (HMO) de Healthfirst
[H5989-011—prima de \$0.00]

Signature (HMO) de Healthfirst
[H1722-002—prima de \$0.00]

**Para el plan Signature (HMO) de Healthfirst,
escoja uno de los siguientes beneficios de
Extras:**

Exención del deducible dental
Beneficio para comprar artículos
de venta sin receta (OTC)
Servicios de transporte

*Es posible que se reduzca o exima el monto de pago de su prima si recibe un subsidio por bajos ingresos o Ayuda Adicional.

Para obtener más información sobre los beneficios del plan Signature (HMO) Extras de Healthfirst, consulte el Resumen de beneficios del plan.

Sección 2 | Información del miembro

Apellido	Nombre	Inicial del 2.º nombre	Sexo M F	Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA) / /
Dirección de residencia física permanente (no escriba un apartado postal)				
Ciudad		Estado		Código postal
Dirección postal, si es distinta de la dirección permanente (se acepta apartado postal)				
Ciudad		Estado		Código postal
Teléfono particular (código de área y número) ()		Teléfono celular (código de área y número) ()		

Sección 3 | Su información de Medicare

Número de Medicare												
-----------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Sección 4 | Información y preguntas importantes

1. ¿Tendrá otra cobertura para medicamentos recetados (como VA, TRICARE) además del Plan Medicare de Healthfirst? Sí No

Nombre de la otra cobertura: _____ N.º de miembro para esta cobertura: _____

N.º de grupo para esta cobertura: _____

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

Si la respuesta es “sí”, escriba su número de Medicaid (CIN):

Criterios adicionales de necesidades especiales para el Plan Mejor Calidad de Vida (HMO SNP) de Healthfirst y el Plan Atención Integral (HMO SNP) de Healthfirst

Si se va a inscribir en el Plan Mejor Calidad de Vida de Healthfirst o en el Plan Atención Integral de Healthfirst, también debe cumplir con estos requisitos adicionales de necesidades especiales.

Plan Mejor Calidad de Vida (HMO SNP) de Healthfirst

- Debe tener todos los beneficios de Medicaid o calificar para la asistencia con los costos compartidos de Medicare a través de Medicaid.

Plan Atención Integral (HMO SNP) de Healthfirst

- Debe tener todos los beneficios de Medicaid.
- Debe tener 18 años o más.
- Debe calificar para el nivel de cuidado que se brinda en un hogar para personas mayores en el momento de la inscripción, usando el Sistema uniforme de evaluación (UAS, por sus siglas en inglés).
- Debe tener la capacidad, en el momento de la inscripción, de regresar o permanecer en el hogar y la comunidad sin que existan riesgos para su salud y seguridad.
- Debe prever que requerirá por lo menos uno (1) de los siguientes servicios de atención a largo plazo basados en la comunidad (CBLTCS, por sus siglas en inglés) cubiertos por el Plan Atención Integral de Healthfirst durante más de 120 días a partir de la fecha de entrada en vigencia de la inscripción:
 - servicios de enfermería en el hogar
 - terapias en el hogar
 - servicios de asistente para la salud en el hogar
 - servicios de cuidado personal en el hogar
 - cuidado médico diurno para adultos
 - enfermería privada
 - servicios de asistencia personal dirigida por el consumidor

Sección 5 | Su proveedor de cuidado primario (PCP)

Healthfirst le asignará un PCP si no escoge uno.

Nombre del proveedor de cuidado primario: _____

N.º de teléfono del proveedor de cuidado primario: _____

Número de identificación del proveedor de cuidado primario: _____

Sección 6 | Otra información

1. Quiero recibir los documentos del plan (como mi Evidencia de cobertura, Aviso Anual de Cambios y otros materiales del plan) a través de comunicaciones por correo electrónico de Healthfirst. Comprendo que puedo optar por cancelar mi participación en cualquier momento y recibir copias impresas de los documentos de mi Plan Medicare de Healthfirst llamando a Healthfirst.

Dirección de correo electrónico: _____

2. Seleccione una opción si quiere que le enviemos información en otro idioma que no sea el inglés.

Español Chino

3. Seleccione una opción si quiere que le enviemos información en un formato accesible. Braille Letra grande

Comuníquese con el Plan Medicare de Healthfirst al **1-888-260-1010** si necesita información en un formato accesible que no sean los mencionados arriba. Nuestro horario de atención es de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.: los 7 días de la semana (de octubre a marzo); de lunes a viernes (de abril a septiembre). Los usuarios de TTY pueden llamar al **1-888-867-4132**.

4. ¿Tiene trabajo? Sí No

5. ¿Su cónyuge trabaja? Sí No

Sección 7 | La prima de su plan

Cómo pagar la prima de su plan

Puede pagar la prima mensual de su plan (incluida cualquier multa por inscripción tardía que tenga actualmente o pueda adeudar) por correo o con tarjeta de crédito todos los meses. **También puede elegir que se deduzca la prima automáticamente de su cheque de beneficios del Seguro Social o de la Junta de Jubilación para Ferroviarios (RRB, por sus siglas en inglés) todos los meses.**

Si tiene que pagar un monto de ajuste mensual relacionado con el ingreso (IRMAA, por sus siglas en inglés) de la Parte D (IRMAA de la Parte D), debe pagarlo además de la prima mensual de su plan. Por lo general, el monto se descuenta de su beneficio del Seguro Social, o podría recibir una factura de Medicare (o de la RRB). NO pague el IRMAA de la Parte D al Plan Medicare de Healthfirst.

Seleccione una opción de pago de la prima:

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

Deducción automática de su cheque mensual de beneficio del Seguro Social/RRB.

Recibo beneficios mensuales de:

Seguro Social RRB

(La deducción del Seguro Social/RRB puede tardar dos meses o más en comenzar luego de la aprobación de la deducción por parte del Seguro Social o de la RRB. 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 la RRB incluirá todas las primas que adeude desde la fecha de comienzo de la vigencia de inscripción hasta el momento en que comienzan las retenciones). Si el Seguro Social o la RRB no aprueban su solicitud de deducción automática, le enviaremos una factura impresa con su prima mensual.

Pago en línea con una cuenta de ahorros/corriente o con tarjeta de crédito/débito. Regístrese o inicie sesión en su cuenta segura de Healthfirst en MyHFNy.org y haga clic en "Pay Your Bill" (Pagar su factura).

Sección 8 | Lea y firme

Divulgación de la información:

Al inscribirme en este plan Medicare Advantage, acepto que el Plan Medicare de Healthfirst pueda divulgar mi información a Medicare, a otros planes de salud y a proveedores de cuidado médico para tratamientos, pagos y asuntos de cuidado médico. También acepto que mis proveedores de cuidado médico puedan divulgar mi información al Plan Medicare de Healthfirst y a otros proveedores de cuidado médico para tratamientos, pagos y asuntos de cuidado médico. También acepto que la información divulgada por motivos de tratamientos, pagos y asuntos relacionados con el cuidado médico puede incluir información sobre VIH, salud mental, o abuso de alcohol y de sustancias, relacionada tanto conmigo como con mis familiares en la medida que lo permita la ley, hasta que revoque dicho consentimiento. También reconozco que el Plan Medicare de Healthfirst compartirá mi información con Medicare, quien podrá utilizarla para dar seguimiento a mi inscripción, para realizar pagos y para otros fines permitidos por la ley federal que autorizan la recopilación de esta información (consulte la Declaración de la Ley de Privacidad a continuación).

Al completar esta solicitud de inscripción, estoy de acuerdo con lo siguiente:

Debo tener tanto el seguro hospitalario (Parte A) como el seguro médico (Parte B) para permanecer en el Plan Medicare de Healthfirst. Solo puedo ser miembro de un plan Medicare Advantage a la vez, y comprendo que mi inscripción en este plan cancelará automáticamente mi inscripción en otro plan de salud o de medicamentos recetados de Medicare.

Comprendo que debo recibir todos los servicios de cuidado médico por parte de proveedores que pertenezcan a la red de Healthfirst, siempre que no se trate de atención de emergencia o de urgencia.

Generalmente, la inscripción en este plan es por un año completo.

El Plan Medicare de Healthfirst provee servicios en un área específica. Si me mudo fuera del área de servicios del Plan Medicare de Healthfirst, tengo que notificar al plan para poder cancelar mi inscripción y encontrar un nuevo plan en mi área nueva.

Comprendo que los beneficiarios de Medicare generalmente no están cubiertos por Medicare mientras están fuera del

país, excepto por una cobertura limitada cerca de la frontera de los Estados Unidos.

Comprendo que, cuando comience mi cobertura del Plan Medicare de Healthfirst, tengo que recibir todos mis beneficios médicos y de medicamentos recetados del Plan Medicare de Healthfirst. Los servicios y beneficios proporcionados por el Plan Medicare de Healthfirst y los incluidos en mi documento de la "Evidencia de cobertura" del Plan Medicare de Healthfirst (también conocido como contrato del miembro o acuerdo del afiliado) estarán cubiertos. Ni Medicare ni el Plan Medicare de Healthfirst pagarán por los servicios ni por los beneficios que no están cubiertos.

Su respuesta a este formulario es voluntaria. Sin embargo, la falta de respuesta puede afectar la inscripción en el plan. Comprendo que, si recibo asistencia de un representante de ventas, corredor de seguros u otra persona empleada o contratada por el Plan Medicare de Healthfirst, es posible que esa persona reciba un pago por mi inscripción en el Plan Medicare de Healthfirst.

Sección 8 | Lea y firme (Continuación)

La información en este formulario de inscripción es correcta a mi leal saber y entender. Comprendo que, si brindo intencionalmente información falsa en este formulario, se cancelará mi inscripción en el plan. 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 firmada una persona autorizada (según se describe arriba), esta firma certifica lo siguiente: 1) dicha persona está autorizada por la ley estatal para completar este formulario de inscripción y 2) la documentación de dicha autorización está disponible si Medicare lo solicita.

Firma del miembro o del representante autorizado*	Fecha de hoy
---	--------------

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

Nombre	
Relación con el afiliado	Teléfono ()
Dirección	Fecha de hoy

FOR HEALTHFIRST USE ONLY

Date Received	Plan Code	Sales Rep			Employee ID #			
Group Name	Group #	QMB	QMB+	SLMB	SLMB+	QI-1	QDWI	FBDE
Name of Staff Member (if assisted in enrollment)					Effective Date of Coverage			
ICEP/IEP	AEP	SEP (type)			Not Eligible			

Declaración de la Ley de Privacidad

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés) recopilan información de los planes de Medicare para hacer un seguimiento de la inscripción de los beneficiarios en los planes de Medicare Advantage (MA, por sus siglas en inglés) o los planes de medicamentos recetados de Medicare (PDP, por sus siglas en inglés), para mejorar el cuidado 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 Regulaciones Federales (CFR, por sus siglas en inglés) autorizan la recopilación de esta información. Los CMS pueden utilizar, divulgar e intercambiar datos de inscripción de los beneficiarios de Medicare como se especifica en la Notificación del Sistema de Registros (SORN, por sus siglas en inglés) "Medicamentos recetados de Medicare Advantage (MARx)", N.º de sistema 09-70-0588. Su respuesta a este formulario es voluntaria. Sin embargo, la falta de respuesta puede afectar la inscripción en el plan.

Healthfirst Health Plan, Inc. proporciona la cobertura. Healthfirst Health Plan, Inc. ofrece planes HMO que tienen contratos con el gobierno federal. El Plan Medicare de Healthfirst tiene un contrato con Medicaid del estado 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. Healthfirst cumple con las leyes federales de derechos civiles correspondientes y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

Declaración de divulgación de la PRA

Según la Ley de Reducción de Trámites (PRA, por sus siglas en inglés) de 1995, a ninguna persona se le exige responder a una solicitud de recopilación de información, a menos que esta cuente con el número válido de control de la Oficina de Administración y Presupuesto (OMB, por sus siglas en inglés). El número válido de control de la OMB para esta recopilación de información es 0938-1378. El tiempo exigido para completar esta información se calcula en un promedio de 20 minutos por respuesta, incluido el tiempo para revisar instrucciones, buscar recursos de datos existentes, reunir los datos necesarios, y completar y revisar la recopilación de información. Si tiene comentarios sobre la precisión del tiempo estimado 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.