

**Complete este formulario si desea inscribirse en un plan Medicare Advantage de Healthfirst.**

### Sección 1 | Información del candidato

- Cuéntenos un poco más sobre usted al completar esta sección. Por favor escriba sus números de teléfono de contacto y toda la información requerida para que podamos comunicarnos con usted en caso de que necesitemos verificar algo.

### Sección 2 | Preguntas importantes

Por favor complete esta sección para saber si califica para un plan Medicare Advantage de Healthfirst. Marque las casillas que se aplican a su caso.

1. Asegúrese de enviar una nota o registro(s) de su médico si usted tuvo un trasplante de riñón exitoso y/o no necesita diálisis.
2. Si tiene otra cobertura de medicamentos recetados, por favor proporcione los detalles de la otra cobertura en el espacio provisto.
3. Escriba el nombre del centro, la dirección, y el número de contacto en los espacios provistos si usted reside en un centro de cuidados a largo plazo.
4. Escriba su número de identificación de cliente de Medicaid (CIN), si usted recibe Medicaid.
5. Indique si usted o su cónyuge tiene o no tiene empleo actualmente.

### Sección 3 | Idioma y formato de preferencia del material accesible (según disponibilidad)

- Queremos asegurarnos de que los materiales de su plan sean fáciles de leer y estén en un idioma que usted entiende. Por favor seleccione el idioma y/o formato de preferencia.

### Sección 4 | Información del seguro Medicare Original

- Utilice su tarjeta de Medicare roja, blanca y azul para completar ésta sección. Por favor, comprenda que para inscribirse en un plan Medicare Advantage de Healthfirst, usted debe calificar para la Parte A de Medicare y estar inscrito(a) en la Parte B de Medicare.

### Sección 5 | Selección de plan de Medicare (Por favor, marque uno y dibuje un círculo alrededor del monto de la prima)

- En esta sección, usted encontrará una lista de planes Medicare Advantage y la prima mensual asociada a cada plan. Seleccione el plan en el que desearía inscribirse.

### Sección 6 | Su proveedor de cuidado primario (PCP, por sus siglas en inglés)

- Por favor proporcione el nombre y la información de contacto de su proveedor de cuidado primario (PCP), si tiene uno. Puede encontrar información sobre proveedores de cuidado primario en [www.HFDocFinder.org](http://www.HFDocFinder.org). Si deja esta sección en blanco o si su PCP no pertenece a nuestra red, le asignaremos un PCP de forma automática. Usted puede cambiar más adelante el PCP asignado, si lo desea.

## Sección 7 | La prima de su plan

- Seleccione su método de preferencia para el pago de la prima (en caso de que su plan tenga una prima mensual). Usted puede elegir recibir su factura cada mes y enviarnos el pago con un cheque o programar deducciones automáticas para que el pago de la prima se deduzca todos los meses de su cheque de beneficios del Seguro Social o la Junta de Jubilados del Sistema Ferroviario (RRB, por sus siglas en inglés). También puede hacer pagos en línea utilizando su cuenta de cheques y ahorros o su tarjeta de crédito y débito. Si usted no elige una opción de pago, recibirá automáticamente su factura por correo cada mes de forma automática.
- Por favor tenga en cuenta que no todos los planes Medicare de Healthfirst tendrán primas.

## Sección 8 | Lea y firme

- Es importante que lea y comprenda la información en esta sección antes de firmar y ponerle fecha al formulario. Por favor, tenga en cuenta que al firmar este formulario, la inscripción en un plan Medicare Advantage de Healthfirst cancelará automáticamente su inscripción en otro plan de salud o plan de medicamentos recetados de Medicare.

**Por favor envíe por correo el formulario completo y toda documentación correspondiente a:**

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

Si tiene preguntas sobre la inscripción o elegibilidad o si necesita ayuda para completar este formulario, por favor llámenos al **1-877-237-1303** (TTY 1-888-867-4132), de lunes a domingo, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Programaremos una cita con un Representante de Marketing, que podrá ayudarle a entender y a encontrar el plan Medicare Advantage ideal para sus necesidades.

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.

Envíe por correo las copias originales a: **Healthfirst Medicare Plan, P.O. Box 5193, New York, NY 10274-5193.**  
 Por favor, comuníquese con el Plan Medicare de Healthfirst si necesita información en otro idioma o formato.

## Sección 1 Información del candidato

Apellido	Nombre	Inicial interm.	<input type="checkbox"/> Sr. <input type="checkbox"/> Sra. <input type="checkbox"/> Srta.	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Fecha de nacimiento: / / mm/dd/aaaa
Dirección de residencia permanente (no se permiten apartados postales)			Ciudad	Estado	Código postal
Dirección postal (solamente si es diferente de la residencia permanente)			Ciudad	Estado	Código postal
Teléfono particular (código de área y número) ( )	Teléfono celular (código de área y número) ( )		Dirección de correo electrónico (opcional)		
Nombre del contacto de emergencia	Teléfono (código de área y número) ( )		Relación con el afiliado		

## Sección 2 Preguntas importantes

1. ¿Tiene enfermedad renal en etapa terminal (ESRD, por sus siglas en inglés)?  Sí  No

Si ha tenido un exitoso trasplante de riñón y/o ya no necesita diálisis regularmente, **por favor incluya una nota o registros** de parte de su médico que indiquen que usted tuvo un exitoso trasplante de riñón o que ya no necesita diálisis; de lo contrario tendremos que comunicarnos con usted para obtener información adicional.

2. Algunas personas pueden tener otra cobertura para los medicamentos, incluso otro seguro privado, TRICARE, cobertura de beneficios de salud para empleados federales, beneficios para veteranos o Programas de Asistencia Farmacéutica del Estado. ¿Tendrá usted otra cobertura de medicamentos recetados además del Plan Medicare de Healthfirst?  Sí  No

Si la respuesta es "sí", por favor indique el nombre y su(s) número(s) de identificación (ID) de esta cobertura:

Nombre de la otra cobertura: \_\_\_\_\_

N.º de identificación de esta cobertura: \_\_\_\_\_ N.º de grupo de esta cobertura: \_\_\_\_\_

Fecha de inicio de la cobertura: \_\_\_\_\_ Fecha de finalización de la cobertura (si corresponde): \_\_\_\_\_

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

Si la respuesta es "sí", por favor provea la siguiente información:

Nombre del centro: \_\_\_\_\_

Dirección del centro: \_\_\_\_\_

Número de teléfono del centro: \_\_\_\_\_

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

Si la respuesta es "sí", por favor escriba su número de Medicaid (CIN):

5. ¿Trabaja usted o su cónyuge?  Sí  No

### Sección 3 Idioma y formato de preferencia del material (según disponibilidad)

- Inglés  Español  Chino  Braille  Letra Grande

Por favor, comuníquese con el Plan Medicare de Healthfirst al 1-888-260-1010 si necesita información en otro formato disponible 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 Información del seguro Medicare Original

Por favor, use su tarjeta de Medicare para completar esta sección.

- Por favor, complete estos espacios en blanco para que coincidan con su tarjeta de Medicare roja, blanca y azul, O
- Adjunte una copia de su tarjeta de Medicare o su carta del Seguro Social o de la Junta de Jubilados del Sistema Ferroviario (RRB, por sus siglas en inglés).

Usted debe tener Medicare Parte A y Parte B para inscribirse en un plan Medicare Advantage.

Nombre del beneficiario _____	Sexo _____
Número de Medicare	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<b>TIENE DERECHO A</b>	
Hospital (Part A) _____	<b>FECHA DE VIGENCIA</b> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Servicios médicos (Parte B) _____	<b>FECHA DE VIGENCIA</b> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

### Sección 5 Selección de plan de Medicare (Por favor, marque uno y dibuje un círculo alrededor del monto de la prima)

- Plan 65 Plus (HMO) [ID# 001—\$0.00]
- Cuidado Confiable (HMO SNP) [ID# 034—\$39.30\*]
- Plan de Beneficios Adicionales (HMO) [ID# 019—\$39.30\*]
- Plan Mejor Calidad de Vida (HMO SNP) [ID# 021—\$39.30\*]
- Plan de Beneficios Coordinados (HMO) [ID# 027—\$0.00]

\*Es posible que se reduzca o cancele la cantidad de la prima si usted recibe un subsidio por bajos ingresos o Ayuda Adicional.

### Sección 6 Su proveedor de cuidado primario (PCP)

Nombre del proveedor de cuidado primario: \_\_\_\_\_

N.º de teléfono del proveedor de cuidado primario: \_\_\_\_\_

N.º de identificación del proveedor de cuidado : \_\_\_\_\_

■ **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.

## 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 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 relacionada 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 su prima del 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 la IRMAA de la Parte D al Plan Medicare de Healthfirst.

Las personas de ingresos limitados pueden tener derecho a solicitar ayuda adicional para cubrir los costos de sus medicamentos recetados. Si reúne los requisitos, Medicare puede pagar 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 reúnen los requisitos no estarán sujetas a una interrupción de cobertura ni a una multa por inscripción tardía. Muchas personas tienen derecho a estos ahorros y ni siquiera lo saben. Para más información sobre esta Ayuda Adicional, por favor 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 Ayuda Adicional en línea, en [www.socialsecurity.gov/prescriptionhelp](http://www.socialsecurity.gov/prescriptionhelp). Si usted cumpliera con los requisitos para Ayuda Adicional de Medicare para los costos de cobertura de medicamentos recetados de Medicare, Medicare pagará toda su prima del plan o parte de ella. Si Medicare paga sólo una parte de esta prima, le facturaremos a usted la cantidad que Medicare no cubre. Si no selecciona una opción de pago, recibirá todos los meses un estado de cuentas.

### Por favor, seleccione una opción de pago de 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 del Seguro Social o de la RRB.
- Recibo beneficios mensuales del:  
[ ] Seguro Social      [ ] RRB

(La deducción del Seguro Social 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 la solicitud de deducción automática, la primera deducción de su cheque de beneficios del Seguro Social o la RRB incluirá todas las primas que adeuda 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 la solicitud de deducción automática, le enviaremos un estado de cuentas impreso con sus primas mensuales.

- Pago en línea con una cuenta de ahorros/corriente o con tarjeta de crédito/débito.  
Visite [www.healthfirst.org/medicare](http://www.healthfirst.org/medicare) y, bajo "Info for Members" ("Para miembros") haga clic en "Pay your bill" ("Pagar factura").

### Por favor lea esta información importante:

**Si actualmente tiene cobertura de salud de un empleador o sindicato, el inscribirse en el Plan Medicare de Healthfirst puede afectar los beneficios de salud que recibe de su empleador o sindicato. Usted podría perder su cobertura de salud de su empleador o sindicato al inscribirse en el Plan Medicare de Healthfirst. Lea la información que le envía su empleador o sindicato. Si tiene preguntas, visite el sitio Web de su empleador o sindicato, o comuníquese con la oficina indicada en la información que le envían. Si no hay información acerca de a quién llamar, el administrador de sus beneficios o la oficina que contesta preguntas sobre su cobertura le puede ayudar.**

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

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. Tendré que mantener las Partes A y B de Medicare. Sólo puedo ser miembro de un plan Medicare Advantage a la vez y entiendo que mi inscripción en este plan automáticamente cancelará mi inscripción en otro plan de salud o de medicamentos recetados de Medicare. Es mi responsabilidad informarles sobre cualquier cobertura de medicamentos recetados que tenga o que obtenga en el futuro.

Entiendo que si no tengo una cobertura de medicamento recetado de Medicare, u otra cobertura de medicamentos recetados acreditable (tan buena como la cobertura de medicamentos recetados de Medicare), podría tener que pagar una penalidad por inscripción tardía si me inscribo en la cobertura de medicamentos recetados de Medicare en el futuro. Generalmente, la inscripción en este plan es por un año completo. Una vez que me inscriba, puedo abandonar este plan o hacer cambios solamente en ciertos momentos del año, cuando haya un período de inscripción disponible (por ejemplo: del 15 de octubre al 7 de diciembre de cada año), o bajo ciertas circunstancias especiales.

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. Cuando sea miembro del Plan Medicare de Healthfirst, tendré derecho a apelar decisiones del plan relacionadas con el pago o los servicios si no estoy de acuerdo. Leeré el documento de Evidencia de Cobertura del Plan Medicare de Healthfirst cuando lo reciba, para saber las normas a seguir para recibir cobertura en este plan Medicare Advantage. Entiendo que los beneficiarios de Medicare generalmente no están cubiertos bajo Medicare mientras están fuera del país, excepto por una cobertura limitada cerca de la frontera estadounidense.

Entiendo que a partir de la fecha en que comienza la cobertura del Plan Medicare de Healthfirst, tengo que obtener toda mi atención médica del Plan Medicare de Healthfirst, a excepción de servicios de emergencia o necesitados urgentemente, o servicios de diálisis 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 POR LOS SERVICIOS.**

Comprendo 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 a esa persona se le pague de acuerdo con mi inscripción en el Plan Medicare de Healthfirst.

Entiendo que mi firma (o la firma de la persona autorizada a tomar acción en mi nombre bajo las leyes del estado donde resido) en esta solicitud, significa que he leído y entendido el contenido de esta solicitud.

Si la firma una persona autorizada (según se describe arriba), esta firma certifica lo siguiente:

- 1) dicha 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*	Fecha actual
_____	_____

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

Nombre: \_\_\_\_\_ N.º de teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Relación con el afiliado \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

<b>SÓLO PARA USO INTERNO DE HEALTHFIRST</b>			
Date Received _____	Plan Code _____	Sales Rep _____	Employee ID# _____
Group Name _____	Group# _____	QMB _____ QMB+ _____	SLMB _____ SLMB+ _____
Name of Staff Member (if assisted in enrollment): _____			
Effective Date of Coverage: _____			
ICEP/IEP: _____	AEP: _____	SEP (type): _____	Not Eligible: _____