

Use este formulario para cambiar de un plan Medicare Advantage de Healthfirst a otro.

Este formulario no se puede usar para inscribirse por primera vez en un plan Medicare Advantage de Healthfirst.

Sección 1 | Información del miembro

- Complete toda esta sección y use el mismo nombre que aparece en su tarjeta de identificación de miembro actual de Healthfirst.

Sección 2 | Información del plan

- Complete el nombre del plan Medicare Advantage de Healthfirst en el que está inscrito actualmente, el plan nuevo al que desea cambiarse y la prima mensual asociada a cada plan. Si no está seguro de los nombres de los planes o los montos de las primas, puede encontrar esta información en nuestro sitio web en healthfirst.org/medicare-long-term-care-plans.

Sección 3 | Su proveedor de cuidado primario (PCP)

- Proporcione el nombre y la información de contacto de su proveedor de cuidado primario (PCP, por sus siglas en inglés), si tiene uno. Puede encontrar la información de los PCP en HFDocFinder.org. Healthfirst le asignará un PCP si no escoge uno. Puede cambiar su PCP asignado más adelante si lo desea.
- Los puntos de esta sección son opcionales; no se le puede denegar la cobertura por no completarlos.

Sección 4 | Otra información

- Queremos asegurarnos de que los materiales de su plan sean fáciles de leer y en un idioma que entienda. Seleccione su idioma o formato preferente. También queremos saber si desea que le enviemos los materiales de su plan en formato electrónico.
- Los puntos de esta sección son opcionales; no se le puede denegar la cobertura por no completarlos.

Sección 5 | La prima de su plan

- Si su plan tiene una prima mensual, seleccione el método preferente de pago de la prima. Puede elegir recibir el estado de cuenta cada mes y enviarnos su pago con un cheque, establecer deducciones automáticas para que la prima se deduzca de su cheque mensual de beneficios del Seguro Social o de la Junta de Jubilación para Ferroviarios (RRB, por sus siglas en inglés), o pagar en línea con su cuenta corriente/de ahorros o con su tarjeta de crédito/débito. Si no selecciona una opción de pago, recibirá automáticamente su estado de cuenta por correo cada mes.
- Es posible que se reduzca o exima el monto de pago de su prima si recibe un subsidio por bajos ingresos (LIS, por sus siglas en inglés) o Ayuda Adicional. Tenga en cuenta que no todos los planes Medicare Advantage de Healthfirst tendrán una prima del plan.

Sección 6 | Lea y firme

- Es importante leer y comprender la información de esta sección antes de firmar y fechar el formulario. Su firma autoriza a Healthfirst a hacer cambios en la cobertura descrita en este formulario.

**Envíe el formulario completo
por correo o por fax:**

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

¿Sabía que también tiene nuestros formularios disponibles en línea? Para aprovechar al máximo su plan de Healthfirst, inicie sesión en su cuenta segura de Healthfirst en MyHFNY.org.

Si tiene alguna pregunta, o necesita ayuda adicional, llame a Servicios a los Miembros al número de teléfono que figura al dorso de su tarjeta de identificación de miembro.

Healthfirst Health Plan, Inc. proporciona la cobertura. Healthfirst Health Plan, Inc. ofrece planes HMO que tienen contratos con el gobierno federal y efectuó un acuerdo con el programa Medicaid del estado de Nueva York con respecto a sus planes para personas con necesidades especiales y doble elegibilidad. La inscripción en el Plan Medicare de Healthfirst está sujeta a la renovación del contrato.

Formulario breve de solicitud de inscripción

Complete toda la información en letra de imprenta y con tinta. Envíe por correo las copias originales a **Healthfirst Medicare Plan, P.O. Box 5193, New York, NY 10274-5193.**

Si se cambia de un plan Medicare Advantage de Healthfirst a otro, debería usar este formulario. Este formulario no se puede usar para inscribirse por primera vez en un plan Medicare Advantage de Healthfirst.

Sección 1 | Información del miembro

Nombre	Inicial del segundo nombre	Apellido	
Número de identificación del miembro			
Número de teléfono particular	Número de teléfono celular		
Dirección 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

Sección 2 | Información del plan

Actualmente, soy miembro del Plan _____ con Healthfirst, con una prima mensual de \$ _____.

Me gustaría cambiar al Plan _____ con Healthfirst.

Comprendo que este plan tiene beneficios de salud distintos y una prima mensual de \$ _____.

Si se cambia al plan Signature (HMO) de Healthfirst, seleccione uno de los siguientes beneficios de Extras:

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

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

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

Plan Mejor Calidad de Vida (HMO D-SNP) de Healthfirst y Plan Conexión (HMO D-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.
- (Solo para el Plan Conexión de Healthfirst) Debe estar actualmente inscrito en nuestro plan de Medicaid o Plan Bienestar Personal de Healthfirst (HARP).

Plan Atención Integral (HMO D-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

Número CIN de Medicaid del estado de Nueva York (si corresponde) _____

Sección 3 | Su proveedor de cuidado primario (PCP)

Healthfirst le asignará un PCP si no escoge uno.

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 4 | 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 5 | La prima de su plan

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 o de la RRB.

Recibo beneficios mensuales de: Seguro Social RRB

(La deducción del Seguro Social/RRB puede tardar dos meses o más en comenzar después 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 sus primas mensuales).

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 6 | Lea y firme

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.

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).

Comprendo que los beneficiarios de Medicare 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. 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 firma 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: _____ Número de teléfono: _____

Dirección: _____ Relación con el afiliado: _____

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: _____ 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. ofrece planes HMO que tienen contratos con el gobierno federal y efectuó un acuerdo con el programa Medicaid del estado de Nueva York con respecto a sus planes para personas con necesidades especiales y doble elegibilidad. 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. ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-866-305-0408 (TTY 1-888-542-3821). 注意: 如果您使用繁體中文, 您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-866-305-0408 (TTY 1-888-867-4132)。