

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](https://www.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, si corresponde. 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.

Personas sin hogar

Si desea inscribirse en un plan, pero no tiene residencia permanente, puede considerarse como su domicilio permanente una casilla postal, una dirección de un refugio o clínica, o la dirección donde recibe correo (por ejemplo, cheques de Seguro Social).

Según la Ley para la reducción de papeleo (Paperwork Reduction Act) 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 de control válido de la OMB de esta recopilación de información es 0938-1378. El tiempo requerido para completar esta información se estima en un promedio de 20 minutos por respuesta, incluido el tiempo para revisar las instrucciones, buscar los recursos de datos existentes, recopilar la información necesaria y completar y revisar la recopilación de información. Si tiene algún comentario sobre la exactitud de las estimaciones de tiempo 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.

IMPORTANTE

No envíe este formulario ni ningún artículo con su información personal (como reclamaciones, pagos, registros médicos, etc.) a la PRA Reports Clearance Office. Se destruirá cualquier artículo que recibamos que no tenga que ver con cómo mejorar este formulario o su carga de recolección (descrita en OMB 0938-1378). No se guardarán, revisarán ni enviarán al plan. Consulte "¿Qué sucede a continuación?" en esta página para enviar el formulario completado al plan.

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 Atención Integral (HMO D-SNP)
[H3359-034—prima de \$0.00]

Signature (PPO) de Healthfirst
[H9678-001—prima de \$0.00]

Plan Mejor Calidad de Vida (HMO D-SNP)
[H3359-021—prima de \$0.00]

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

Plan de Beneficios Adicionales (HMO)
[H3359-019—prima de \$29.60*]

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

Plan 65 Plus (HMO)
[H3359-001—prima de \$0.00]

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

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		Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)
			M	F	/ /
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) ()			
Al proporcionar esta información, autorizo a Healthfirst para que se comunique conmigo usando medios automatizados de comunicación, como correo electrónico, teléfono o mensajes de texto, en relación con información de salud, productos y servicios de Healthfirst. Pueden aplicar tarifas de datos y mensajes.					

Sección 6 | Otra información (todos los campos en esta sección son opcionales)

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. ¿Es usted hispano, latino o de origen español? Elija todas las opciones que apliquen.
No, no hispano, latino o de origen español Sí, puertorriqueño Sí, otro hispano, latino o de origen español
Sí, mexicano, mexicanoamericano o chicano Sí, cubano Elijo no contestar.
3. ¿Cuál es su raza? Elija todas las opciones que apliquen.
Blanco Negro o afroamericano Indio americano o nativo de Alaska Chino Japonés
Vietnamita Indio asiático Filipino Coreano Otro asiático Guamaniano o chamorro
Nativo hawaiano Samoano Otro isleño del Pacífico Elijo no contestar.
4. Seleccione una opción si quiere que le enviemos información en otro idioma que no sea el inglés.
Español Chino
5. 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**.
6. ¿Tiene trabajo? Sí No
7. ¿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 Ferrovianos (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

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 | IMPORTANTE: Lea y firme a continuación

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). Sus respuestas a este formulario son voluntarias. Sin embargo, la falta de respuestas puede afectar la inscripción en el plan. También reconozco que el Plan Medicare de Healthfirst divulgará mi información incluidos mis datos de eventos con medicinas recetadas) a Medicare, que puede divulgarla para investigaciones y otros fines, conforme a todos los estatutos y reglamentaciones federales correspondientes.

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

El Plan Medicare de Healthfirst es un plan que tiene un contrato con el gobierno federal.

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.

Debo tener tanto el seguro hospitalario (Parte A) como el seguro médico (Parte B) para permanecer en el Plan Medicare de Healthfirst.

Comprendo que solo puedo inscribirme en un plan Medicare Advantage (MA) a la vez y que la inscripción en este plan cancelará automáticamente mi inscripción en otro plan MA (aplican excepciones para los planes PFFS de MA, MSA de MA).

Planes HMO: Comprendo 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 de urgencia, o servicios de diálisis fuera del área. Solo los servicios médicamente necesarios y otros servicios incluidos en mi documento de la Evidencia de Cobertura del Plan Medicare de Healthfirst (también conocido como contrato la miembro o acuerdo de suscriptor) estarán cubiertos. Sin autorización donde lo requiere el plan, **NI MEDICARE NI EL PLAN MEDICARE DE HEALTHFIRST PAGARÁN POR LOS SERVICIOS.**

Planes PPO: Comprendo que a partir de la fecha en que comience la cobertura del Plan Medicare de Healthfirst, puedo usar proveedores de la red o proveedores fuera de la red para los servicios cubiertos. Comprendo que mis costos pueden ser más altos si uso proveedores fuera de la red, excepto por servicios de emergencia o de urgencia, o servicios de diálisis fuera del área. Comprendo que los proveedores deben tener licencia y calificar para recibir el pago bajo el programa federal de Medicare. Solo los servicios médicamente necesarios y otros servicios incluidos en mi documento de la Evidencia de Cobertura del Plan Medicare de Healthfirst (también conocido como contrato la miembro o acuerdo de suscriptor) estarán cubiertos. Sin autorización donde lo requiere el plan, **NI MEDICARE NI EL PLAN MEDICARE DE HEALTHFIRST PAGARÁN POR LOS SERVICIOS.**

La información en este formulario de inscripción es correcta a mi leal saber y entender. Comprendo que, si proporciono intencionalmente información falsa en este formulario, se cancelará mi inscripción en el plan.

Comprendo que mi firma (o la firma de la persona legalmente 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) esta persona está autorizada por la ley estatal para llenar esta 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

Dirección

Teléfono ()

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. o Healthfirst Insurance Company, Inc. ("Healthfirst") proporciona la cobertura. Healthfirst Medicare Plan ofrece planes HMO y PPO que tienen contrato con Medicare. Nuestros planes para personas con necesidades especiales (SNP) también tienen contratos con el programa Medicaid del estado de Nueva York. 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.