

Póngase en contacto con Elderplan si necesita información en otro idioma o formato (correo electrónico).



un miembro del sistema de salud de MJHS

Formulario de solicitud de inscripción individual

PARA INSCRIBIRSE EN ELDERPLAN, PROPORCIONE LA SIGUIENTE INFORMACIÓN:

Indique con una marca en qué plan quiere inscribirse:

Elderplan for Medicaid Beneficiaries (HMO D-SNP)
\$0-\$31.70 por mes

Elderplan Advantage for Nursing Home Residents
(HMO I-SNP) \$36.60 por mes

Elderplan Plus Long Term Care (HMO D-SNP)
\$0 por mes

Elderplan Extra Help (HMO) \$23.80 por mes

Elderplan Assist (HMO IE-SNP) \$36.60 por mes

APELLIDO::

PRIMER nombre:

Inicial del 2.º
nombre:

Sr. Sra. Srta.

Fecha de nacimiento::
(____/____/____)
(MM / DD / YYYY)

Sexo:
M F

Número de teléfono particular:
()

Número de teléfono alternativo:
()

Dirección de residencia permanente (no se admiten casillas de correo):

Ciudad:

Estado:

Código postal:

Dirección postal (solamente si es distinta de la dirección de residencia permanente):

Dirección:

Ciudad:

Estado:

Código postal:

Contacto para emergencias:

Número de teléfono:

Relación con usted:

Dirección de correo electrónico:

PROPORCIONE LA INFORMACIÓN DEL SEGURO DE MEDICARE

Tenga su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare a mano para completar esta sección.

- Complete esta información tal como aparece en su tarjeta de Medicare.

– O BIEN –

- Adjunte una copia de su tarjeta de Medicare o su carta del Seguro Social o de la Junta de jubilación para ferroviarios.

Nombre (tal como aparece en su tarjeta de Medicare):

Número de Medicare

Tiene derecho a _____ Fecha de entrada en vigencia _____

COB. HOSPITALARIA (PARTE A) _____

COB. MÉDICA (PARTE B) _____

Para inscribirse en un plan Medicare Advantage, debe tener la Parte A y la Parte B de Medicare.

CÓMO PAGAR LA PRIMA DEL PLAN

Si determinamos que debe pagar una multa por inscripción tardía (o si tiene actualmente una multa por inscripción tardía), necesitamos saber de qué manera prefiere pagarla. Puede pagarla todos los meses por correo, “transferencia electrónica de fondos (EFT)” o “tarjeta de crédito”. También puede pagar la prima todos los meses mediante descuento automático de su cheque de beneficios del Seguro Social o de la Junta de jubilación para ferroviarios (RRB). Si a usted se le adjudica un monto de ajuste mensual relacionado con el ingreso de la Parte D, será notificado por la Administración del Seguro Social. Usted será responsable de pagar este monto adicional, además de la prima de su plan. A usted se le retendrá el monto de su cheque de beneficios del Seguro Social o bien recibirá la factura directamente de Medicare o la RRB. NO le pague a Elderplan el IRMAA de la Parte D.

Puede pagar la prima mensual del plan (incluso la multa por inscripción tardía que tenga actualmente o que adeude) todos los meses por correo, “transferencia electrónica de fondos (EFT)” o “tarjeta de crédito”. También puede pagar la prima todos los meses mediante descuento automático de su cheque de beneficios del Seguro Social o de la Junta de jubilación para ferroviarios (RRB). Si a usted se le adjudica un monto de ajuste mensual relacionado con el ingreso de la Parte D, será notificado por la Administración del Seguro Social. Usted será responsable de pagar este monto adicional, además de la prima de su plan. A usted se le retendrá el monto de su cheque de beneficios del Seguro Social o bien recibirá la factura directamente de Medicare o la RRB. NO le pague a Elderplan el IRMAA de la Parte D.

Las personas con ingresos bajos pueden ser elegibles para recibir ayuda adicional para el pago de los costos de sus medicamentos con receta. Si resulta elegible, Medicare podría pagar el 75% o más de los costos de los medicamentos, incluso las primas mensuales de los medicamentos con receta, los deducibles anuales y coseguros. Además, las personas que reúnan los requisitos no quedarán sujetas a un período sin cobertura ni a una multa por inscripción tardía. Muchas personas son elegibles para recibir estos beneficios y no lo saben. Para obtener información sobre esta Ayuda adicional, póngase en contacto con la oficina local del Seguro Social, o bien 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/prescription help](http://www.socialsecurity.gov/prescription%20help).

Si reúne los requisitos para recibir Ayuda adicional para pagar los costos de la cobertura para medicamentos con receta de Medicare, Medicare pagará la totalidad o parte de la prima de su plan. Si Medicare paga solamente una parte de la prima, le enviaremos a usted la factura por el monto que Medicare no cubra.

Si no elige una opción de pago, recibirá una factura todos los meses.

Elija una opción de pago de la prima::

- Recibir una factura.
- Transferencia electrónica de fondos (EFT) de su cuenta bancaria todos los meses. Adjunte un cheque ANULADO o proporcione la siguiente información:
- Nombre del titular de la cuenta: _____
- Número de enrutamiento del banco: _____
- Número de la cuenta bancaria: _____
- Tipo de cuenta: De cheques De ahorros
- Tarjeta de crédito. Proporcione la siguiente información:
- Tipo de tarjeta: _____ Nombre del titular de la cuenta como aparece en la tarjeta: _____
- Número de cuenta: _____ Fecha de vencimiento: __/__/____ (MM/AAAA)
- Deducción automática de su cheque de beneficios del Seguro Social o de la Junta de jubilación para ferroviarios (RRB).

Obtengo beneficios mensuales de: Seguro Social RRB

(La deducción del Seguro Social o de la RRB puede demorarse hasta dos meses o más en comenzar luego de que el Seguro social o la RRB apruebe la deducción. En la mayoría de los casos, si el Seguro Social o la RRB aceptan su solicitud de deducción automática, el primer descuento del cheque de beneficios del Seguro Social o de la RRB incluirá todas las primas adeudadas desde la fecha de entrada en vigencia de la inscripción hasta el momento en que comiencen las retenciones. Si el Seguro Social o la RRB no aprueba su solicitud de deducción automática, le enviaremos una factura en papel para sus primas mensuales).

LEA Y RESPONDA ESTAS PREGUNTAS IMPORTANTES:

1. ¿Padece una enfermedad renal terminal (ESRD)? Sí No
Si usted recibió un trasplante de riñón con éxito o ya no necesita diálisis regulares, **adjunte una nota o los registros** del médico que indiquen que usted recibió un trasplante exitoso de riñón o que ya no necesita diálisis; de lo contrario, tal vez sea necesario que nos pongamos en contacto con usted para obtener información adicional.
2. Es posible que algunas personas tengan otra cobertura para medicamentos, incluso otro seguro privado, TRICARE, cobertura federal de beneficios de salud para empleados, beneficios para veteranos o programas estatales de asistencia farmacéutica.
¿Tendrá otra cobertura de medicamentos con receta además de **Elderplan**? Sí No
Si la respuesta es "Sí", mencione la otra cobertura y su número de identificación para esa cobertura:
Nombre de la otra cobertura: _____ Núm. de identificación para esta cobertura: _____ Núm. de grupo para esta cobertura: _____
3. ¿Reside en un centro de atención a largo plazo, como un hogar de convalecencia? Sí No
Si la respuesta es "Sí", proporcione la siguiente información:
Nombre de la institución: _____
Dirección y número de teléfono de la institución (número y calle): _____
4. ¿Está inscrito en el programa Medicaid de su estado? Sí No
Si la respuesta es "Sí", proporcione el número de Medicaid: _____
5. ¿Usted o su cónyuge trabajan? Sí No

6. **Elderplan for Medicaid Beneficiaries (HMO SNP): marque si corresponde**
¿Reúne los requisitos para recibir la asistencia de costo compartido de Medicare a través de Medicaid en el estado de Nueva York? Sí No

7. **Elderplan Advantage for Nursing Home Residents (HMO SNP): marque si corresponde**
¿Reside o planea residir en un centro de atención de enfermería contratado dentro del área de servicio? Sí No

8. **Elderplan Plus Long-Term Care (HMO SNP): marque si corresponde**
Indique si cumple con todos los siguientes requisitos. 1) Reúne los requisitos para recibir la cobertura completa de Medicaid en el estado de Nueva York, 2) tiene 18 años o más y 3) considera que reúne los requisitos para recibir un nivel de atención en un hogar de convalecencia, es capaz de permanecer en su hogar de manera segura y necesita administración de atención y atención en el hogar y servicios de atención diurna durante 120 días o más? Sí No

Elija el nombre del médico de atención primaria (PCP), clínica o centro de salud:

Nombre _____

Marque una de las siguientes casillas a continuación si prefiere que le enviemos información en otro idioma que no sea inglés o en un formato accesible:

Español CD de audio Correo electrónico Braille Letra grande

Correo electrónico (por favor escriba dirección de correo electrónico) _____

Si necesita información en un formato o idioma distinto de los mencionados arriba, póngase en contacto con Elderplan llamando al 1-800-353-3765. El horario de atención de nuestra oficina es de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.

Como parte de su kit de bienvenida para miembros nuevos, Elderplan no incluye copias impresas de la Evidencia de cobertura, el Directorio de proveedores y farmacias ni el Formulario. Puede acceder a estos documentos en línea en www.elderplan.org o solicitar que se los envíen a la dirección de correo electrónico que nos proporcionó en este formulario. Si desea obtener copias impresas de los documentos mencionados arriba, llámenos a Servicios para los miembros al 1-800-353-3765 (TTY 711) de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana

STOP LEA ESTA INFORMACIÓN IMPORTANTE STOP

Si en la actualidad cuenta con la cobertura de salud de un empleador o sindicato, la inscripción en Elderplan podría afectar los beneficios de salud que recibe de su empleador o sindicato. Si se inscribe en Elderplan, podría perder la cobertura de salud provista por su empleador o sindicato. Lea las comunicaciones que su empleador o sindicato le envían. Si tiene preguntas, visite el sitio web o comuníquese con la oficina que figura en las comunicaciones. Si no cuenta con ninguna información sobre con quién contactarse, puede ponerse en contacto con el administrador de beneficios o con la oficina encargada de responder preguntas sobre su cobertura, quienes podrán ayudarle.

LEA Y FIRME A CONTINUACIÓN

Al completar esta solicitud de inscripción, acepta lo siguiente:

Elderplan es un plan Medicare Advantage y tiene un contrato con el gobierno federal. Necesitaré conservar la cobertura de las Partes A y B de Medicare. Solamente puedo tener un plan Medicare Advantage a la vez, y comprendo que la inscripción en este plan cancelará automáticamente mi inscripción en otro plan de salud o de medicamentos con receta de Medicare. Es mi responsabilidad informarle sobre cualquier cobertura para medicamentos con receta que tenga o que pueda obtener en el futuro. La inscripción en este plan es generalmente para todo el año. Una vez que me inscriba, puedo cancelar mi inscripción al plan o efectuar cambios solo en determinados momentos del año, en los períodos de inscripción disponibles (por ejemplo: del 15 de octubre al 7 de diciembre de cada año) o en determinadas circunstancias especiales.

Elderplan brinda atención en un área de servicio específica. Si me mudo fuera del área en la que **Elderplan** brinda servicios, debo avisar al plan para que pueda cancelar mi inscripción y buscar un nuevo plan en la nueva área. Una vez que sea miembro de **Elderplan**, tendré derecho a apelar las decisiones que tome el plan respecto de pagos o servicios con las que no esté de acuerdo. Leeré el documento de Evidencia de cobertura de **Elderplan** cuando lo reciba para conocer las normas que debo respetar para obtener cobertura con este plan Medicare Advantage. Comprendo que las personas que tienen Medicare no suelen estar cubiertas por Medicare mientras están fuera del país, salvo por la cobertura limitada cerca de la frontera de los Estados Unidos.

Comprendo que a partir de la fecha en que comienza la cobertura de **Elderplan** debo recibir toda la atención médica de parte de **Elderplan**, salvo por los servicios de emergencia o urgencia, o por los servicios de diálisis fuera del área. Los servicios autorizados por **Elderplan** y otros servicios incluidos en el documento de Evidencia de cobertura de **Elderplan** (también conocido como contrato del miembro o acuerdo del suscriptor) estarán cubiertos. Si no se cuenta con autorización, **NI MEDICARE NI ELDERPLAN PAGARÁN LOS SERVICIOS**.

Comprendo que si estoy recibiendo ayuda de un agente de ventas, un corredor u otra persona empleada o contratada por **Elderplan**, esta persona puede recibir un pago en función de mi inscripción en **Elderplan**.

Divulgación de información: Al inscribirme en este plan de salud de Medicare, reconozco que **Elderplan** puede divulgar mi información a Medicare y otros planes según sea necesario para cualquier tratamiento, pago o atención médica. También reconozco que **Elderplan** divulgará mi información a Medicare, incluidos los datos sobre acontecimientos relacionados con medicamentos con receta, y que Medicare puede divulgarla con fines de investigación o para otros fines que estén de acuerdo con todas las leyes y reglamentaciones federales aplicables. A mi leal saber y entender, la información contenida en este formulario de inscripción es correcta. Comprendo que si proporciono información falsa en este formulario, en forma intencional, se cancelará mi inscripción en el Plan.

Comprendo que mi firma (o la firma de la persona autorizada para actuar en mi nombre en virtud de las leyes del estado en el que vivo) en esta solicitud implica que he leído y comprendido el contenido de esta solicitud. Si una persona autorizada (tal como se describió anteriormente) firma la solicitud, esta firma certifica que 1) esta persona está autorizada por la ley estatal para realizar esta inscripción, y 2) la documentación de esta autoridad estará disponible en caso de que Medicare la requiera.

Firma:

Fecha de hoy:

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

Nombre: _____

Dirección: _____

Número de teléfono: (_____) _____ - _____

Relación con la persona inscrita: _____

Únicamente para uso oficial

Nombre del miembro del personal/agente/corredor

(si obtuvo ayuda para la inscripción): : _____

Núm. de identificación del plan: _____

Fecha de entrada en vigencia de la cobertura: _____

ICEP/IEP: _____ AEP: _____ SEP (tipo): _____ No es elegible: _____

Fecha en que se recibió la solicitud del miembro del personal/agente/corredor: _____