



Contacte a EmblemHealth si necesita información en otro idioma o formato.

Para inscribirse, proporcione la siguiente información:

Nota para el solicitante: Para obtener más información sobre el área de servicio y las primas de los planes *EmblemHealth Medicare Advantage* disponibles para usted, consulte el Resumen de beneficios. **Marque el plan al que desea inscribirse:**

<input type="checkbox"/> EmblemHealth VIP Rx Saver (HMO)	<input type="checkbox"/> EmblemHealth VIP Go (HMO-POS)
--	--

EmblemHealth VIP Part B Saver (HMO) Beneficios complementarios opcionales (marque todos los que correspondan):

Dental SilverSneakers®

APELLIDO:	NOMBRE:	Inicial del segundo nombre:	<input type="checkbox"/> Sr. <input type="checkbox"/> Sra. <input type="checkbox"/> Srta.
-----------	---------	-----------------------------	---

Fecha de nacimiento: ____/____/____	Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Número de teléfono residencial: () ____ - ____	Número de teléfono celular: () ____ - ____
--	---	---	---

Dirección de correo electrónico:

Dirección de residencia permanente (sin apartado de correos):

Ciudad:	Estado:	Código postal:
---------	---------	----------------

Dirección postal (solo si es distinta a la indicada anteriormente):

Ciudad:	Estado:	Código postal:
---------	---------	----------------

Contacto de urgencia:	Número de teléfono:	Relación con usted:
-----------------------	---------------------	---------------------

Proporcione su información sobre el seguro médico Medicare

<p>Tenga a mano su tarjeta Medicare roja, blanca y azul para completar esta sección.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Complete esta información tal como aparece en su tarjeta de Medicare. - 0 - • Adjunte una copia de su tarjeta de Medicare o su carta del Seguro Social o de la Junta de Jubilación para Empleados Ferroviarios. 	<p>Nombre (como aparece en su tarjeta de Medicare): _____</p> <p>Número de Medicare: _____</p> <p>Tiene derecho a: Fecha de entrada en vigor:</p> <p>HOSPITAL (Parte A): _____</p> <p>MÉDICA (Parte B): _____</p> <p>Debe tener cobertura de Medicare Parte A y Parte B para unirse al plan Medicare Advantage.</p>
--	--

Cómo pagar la prima de su plan

Usted puede pagar la prima mensual de su plan (incluida cualquier multa por inscripción tardía que tenga actualmente o pueda adeudar) por correo postal o puede visitar emblemhealth.com/medicare para conocer opciones de pago adicionales. También puede pagar su prima mediante la deducción automática de su cheque de beneficios del Seguro Social o de la Junta de Jubilación para Empleados Ferroviarios (RRB, siglas en inglés) cada mes. Si se le impone una cantidad de ajuste mensual relacionada con los ingresos de la Parte D, la Administración del Seguro Social (SSA, por sus siglas en inglés) le notificará. Será responsable de pagar esta cantidad adicional además de la prima de su plan. Se le retendrá la cantidad de su cheque de beneficios del Seguro Social o se la facturará Medicare o la RRB directamente. NO pague a EmblemHealth la Parte D-IRMAA.

(La deducción del Seguro Social o de la RRB podría demorar dos meses o más en comenzar después de que el Seguro Social o la RRB apruebe la deducción. En la mayoría de los casos, si el Seguro Social o la RRB acepta su solicitud de deducción automática, la primera deducción de su cheque de beneficios del Seguro Social o la RRB incluirá todas las primas que deba desde la fecha de su inscripción hasta el punto en que comience la retención. Si el Seguro Social o la RRB no aprueba su solicitud de deducción automática, le enviaremos una factura impresa por sus primas mensuales).

Las personas con ingresos limitados pueden calificar para recibir Ayuda Adicional para pagar los costos de medicamentos de receta. Si es elegible, Medicare podría pagar un 75 % o más de sus gastos de medicamentos, incluidos las primas mensuales de medicamentos de receta, los deducibles anuales y los coseguros. Además, quienes califiquen no estarán sujetos a la interrupción de cobertura o a multas por inscripción tardía. Muchas personas son elegibles para este programa de ahorros y no lo saben. Para obtener más información sobre esta Ayuda Adicional, comuníquese con su oficina local del Seguro Social o llame al Seguro Social al **800-772-1213**. Los usuarios de TTY deben llamar al **800-325-0778**. También puede solicitar Ayuda Adicional en línea en socialsecurity.gov/prescriptionhelp. Si usted califica para recibir Ayuda Adicional para pagar los costos de la cobertura de medicamentos de receta de Medicare, es posible que Medicare cubra la prima de su plan de forma total o parcial. Si Medicare paga solo una parte de esta prima, le facturaremos la cantidad que Medicare no cubre. **Si no selecciona una opción de pago, recibirá una factura todos los meses.**

¿Le gustaría que la prima para este plan se deduzca de su cheque de beneficios de la SSA o RRB? Sí No

Recibo beneficios mensuales de: Seguro Social RRB

Lea y conteste estas preguntas importantes:

- ¿Tiene enfermedad renal en etapa terminal (ESRD, por sus siglas en inglés)? Sí No
Si ha tenido un trasplante de riñón satisfactorio y/o ya no necesita diálisis de forma regular, **adjunte una nota o los registros** de su médico que demuestren que tuvo un trasplante de riñón satisfactorio o que ya no necesita diálisis; de lo contrario, es posible que necesitemos comunicarnos con usted para obtener información adicional.
- Algunas personas podrían tener otra cobertura de medicamentos, como otro seguro privado, TRICARE, cobertura de beneficios de salud para empleados federales, beneficios del Departamento de Asuntos de Veteranos (VA, por sus siglas en inglés) o programas de asistencia farmacéutica estatales.
¿Tendrá usted otra cobertura de medicamentos de receta además de este plan? Sí No
Si la respuesta es "sí", ingrese el nombre de su otra cobertura y su(s) número(s) de identificación:
Nombre de la otra cobertura: _____ N.º de id. de esta cobertura: _____ N.º de grupo de esta cobertura: _____
- ¿Reside en un centro de cuidados a largo plazo, como un asilo? 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): _____
- ¿Está inscrito en el programa de Medicaid de su estado? ***(Obligatorio para la inscripción en planes de necesidades especiales [SNP, por sus siglas en inglés])** Sí No
Si la respuesta es "sí", proporcione su número de Medicaid: _____
- ¿Trabaja usted o su cónyuge? Sí No
- Elija el nombre de un médico de atención primaria (PCP, por sus siglas en inglés) en nuestro directorio de proveedores.**
Nombre _____ N.º del PCP _____ Paciente actual

Marque una de las siguientes casillas si prefiere que le enviemos información en un idioma que no sea inglés o en un formato accesible: Español Chino Letra grande

Comuníquese con EmblemHealth al 800-447-5496, TTY: 711, de 8 am a 8 pm, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8 am a 8 pm, de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre, si necesita información en un formato accesible o en un idioma diferente de los que figuran arriba.

Complete esta sección para determinar el período de elección para el cual califica

Por lo general, puede inscribirse en un plan Medicare Advantage solo durante el período de inscripción anual del 15 de octubre al 7 de diciembre de cada año. Hay excepciones que podrían permitirle inscribirse en un plan Medicare Advantage fuera de este período.

Lea las siguientes declaraciones detenidamente y marque la casilla si la declaración se aplica a usted. Al marcar cualquiera de las siguientes casillas, usted certifica, según su mejor entender, que es elegible para un período de inscripción. Si más tarde determinamos que esta información es incorrecta, es posible que se cancele su inscripción.

- Voy a inscribirme durante el período de inscripción anual (AEP, por sus siglas en inglés) entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre.
- Soy nuevo en Medicare.
- Estoy inscrito en un plan Medicare Advantage y quiero efectuar un cambio durante el período de inscripción abierta de Medicare Advantage (MA OEP, por sus siglas en inglés).
- Hace poco me mudé fuera del área de servicio de mi plan actual, o hace poco me mudé y este plan es una nueva opción para mí. Me mudé el ____/____/____.
- Hace poco salí de prisión. Me liberaron el ____/____/____.
- Recientemente, regresé a los Estados Unidos después de vivir permanentemente fuera de los Estados Unidos. Regresé a los Estados Unidos el ____/____/____.
- Recientemente, obtuve la residencia legal en los Estados Unidos. Obtuve este estado el ____/____/____.
- Recientemente, tuve un cambio en mi Medicaid (Medicaid obtenido hace poco, tuve un cambio de nivel de asistencia de Medicaid o perdí Medicaid) el ____/____/____.
- Recientemente, tuve un cambio en la Ayuda Adicional para pagar la cobertura de medicamentos de receta de Medicare (hace poco tengo Ayuda Adicional, tuve un cambio de nivel de Ayuda Adicional o perdí la Ayuda Adicional) el ____/____/____.
- Tengo Medicare y Medicaid (o mi estado me ayuda a pagar las primas de Medicare) o recibo Ayuda Adicional para pagar la cobertura de medicamentos de receta de Medicare, pero no he tenido cambios.
- Me mudaré a un centro de atención a largo plazo, vivo en uno de estos centros o hace poco me mudé de uno (por ejemplo, un hogar para personas mayores o un centro de cuidados a largo plazo). Me mudé al/me mudaré al/me fui del centro el ____/____/____.
- Recientemente, dejé un programa PACE el ____/____/____.
- Recientemente, perdí de manera involuntaria mi cobertura de medicamentos de receta acreditable (cobertura tan buena como la de Medicare). Perdí mi cobertura de medicamentos el ____/____/____.
- Dejaré la cobertura del empleador o sindicato el ____/____/____.
- Pertenezco a un programa de asistencia de farmacias provisto por mi estado.
- Mi plan va a terminar su contrato con Medicare, o Medicare va a terminar su contrato con mi plan.
- Estaba inscrito en un plan de Medicare (o de mi estado) y quiero elegir un plan diferente. Mi inscripción en ese plan comenzó el ____/____/____.
- Estaba inscrito en un plan para personas con necesidades especiales (SNP), pero ya no cumplo con los requisitos de necesidades especiales necesarios para poder tener ese plan. Se canceló mi inscripción al SNP el ____/____/____.
- Fui afectado por una emergencia climática o catástrofe importante (según lo declaró la Agencia Federal para la Gestión de Emergencias [Federal Emergency Management Agency, FEMA]). Una de las otras declaraciones expresadas aquí corresponde a mi caso, pero no pude inscribirme debido a una catástrofe natural.
- Ninguna de estas declaraciones se aplica a mi caso.

Si ninguna de estas declaraciones se aplica a su caso, o si no está seguro, comuníquese con EmblemHealth al **800-447-5496**, TTY: **711**, de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8 am a 8 pm, de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre, a fin de ver si es elegible para inscribirse.



Lea la siguiente información importante

Si actualmente cuenta con una cobertura de salud provista por un empleador o sindicato, el hecho de inscribirse en este plan podría afectar los beneficios de salud que recibe de su empleador o sindicato. Podría perder la cobertura de salud de su empleador o sindicato si se inscribe en este plan. Lea las comunicaciones que le envía su empleador o sindicato. Si tiene preguntas, visite sus sitios web o póngase en contacto con la oficina que se menciona en las comunicaciones. Si no hay información de contacto, el administrador de sus beneficios o la oficina que responde preguntas sobre su cobertura puede ayudarle.

Lea y firme a continuación

Al completar esta solicitud de inscripción, acepto lo siguiente:

Los planes EmblemHealth Medicare son planes Medicare Advantage y tienen un contrato con el gobierno federal. Tendré que mantener las Partes A y B de mi plan de Medicare. Solo puedo pertenecer a un plan Medicare Advantage a la vez y comprendo que mi inscripción en este plan cancelará automáticamente mi inscripción en otro plan de salud de Medicare o plan de medicamentos de receta. Es mi responsabilidad informarles a ustedes sobre cualquier cobertura de medicamentos de receta que tenga o pueda tener en el futuro. Por lo general, la inscripción en este plan es para todo el año. Una vez inscrito, puedo dejar este plan o hacer cambios solo en ciertos momentos del año cuando esté disponible un período de inscripción (p. ej., del 15 de octubre al 7 de diciembre de cada año), o bajo ciertas circunstancias especiales.

EmblemHealth Medicare brinda servicios en un área de cobertura específica. Si me mudo del área donde estos planes brindan servicios, debo notificar al plan para que pueda cancelar la inscripción y encontrar un nuevo plan en mi nueva área. Una vez que sea miembro de este plan, tengo el derecho de apelar las decisiones del plan acerca de pagos o servicios si no estoy de acuerdo. Leeré el documento de Evidencia de cobertura de EmblemHealth Medicare cuando lo reciba, para conocer las reglas que debo seguir a fin de recibir cobertura con este plan Medicare Advantage. Comprendo que las personas con Medicare generalmente no tienen cobertura de Medicare cuando se encuentran fuera del país, a excepción de una cobertura limitada cerca de la frontera de EE. UU.

Comprendo que a partir de la fecha en que comienza la cobertura de EmblemHealth Medicare, debo recibir todos los servicios de cuidado de la salud de parte de EmblemHealth Medicare, a excepción de servicios de emergencia o urgencia, o servicios de diálisis fuera del área. Estarán cubiertos los servicios autorizados por EmblemHealth Medicare y otros servicios incluidos en mi documento de Evidencia de cobertura (también conocido como contrato de miembro o acuerdo de suscriptor) de EmblemHealth Medicare. Sin autorización, **NI MEDICARE NI EMBLEMHEALTH PAGARÁN LOS SERVICIOS.**

Entiendo que si recibo asistencia por parte de un agente de ventas, un corredor u otro individuo que trabaje o tenga contrato con EmblemHealth, es posible que dicho individuo reciba un pago en función de mi inscripción en un plan EmblemHealth Medicare.

Entiendo que los números de teléfono y/o el correo electrónico que proporcioné en esta solicitud pueden ser usados por EmblemHealth o cualquiera de las partes contratadas para contactarme por temas relacionados con mi cuenta, mi plan de beneficios de salud o programas relacionados, o por servicios que me brindaron.

Divulgación de información: Al unirme a este plan de salud de Medicare, reconozco que EmblemHealth Medicare divulgará mi información a Medicare y a otros planes según sea necesario para tratamientos, pagos y operaciones de cuidado de la salud. Reconozco también que EmblemHealth divulgará mi información a Medicare, incluyendo mis datos de medicamentos de receta, y que Medicare puede divulgarla con fines de investigación y otros motivos que cumplan con todas las leyes y regulaciones federales aplicables. La información contenida en este formulario de inscripción es correcta según mi conocimiento. Comprendo que si proporciono información falsa intencionadamente en este formulario, se cancelará mi inscripción a este plan.

Comprendo que mi firma (o la firma de la persona autorizada a actuar en mi nombre bajo las leyes del estado en donde vivo) en esta solicitud significa que he leído y entiendo el contenido de esta. Si lo firma una persona autorizada (como se describe arriba), esta firma certifica que: 1) esta persona está autorizada bajo la ley estatal para completar esta inscripción y 2) la documentación de dicha autorización está disponible si se solicita a Medicare.

Su firma:

Vigencia propuesta para el:

Fecha de hoy:

Continuación

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

Nombre: _____

Dirección: _____

Número de teléfono: (____) _____ - _____ **Relación con la persona inscrita:** _____

Para uso de la empresa únicamente

Firma del corredor/agente/miembro del personal: _____ N.º de id. del corredor/agente: _____

Fecha de aceptación: _____ Código fuente: _____ Ubicación: _____

Período de elección: ICEP/IEP: _____ AEP: _____ SEP (tipo): _____

Alcance de la cita (obligatorio si no se trata de un seminario): Sí es un seminario No es un seminario

Envíe el formulario completado por fax o correo postal (5 pág.) a:

EmblemHealth Medicare
P.O. Box 4001
Farmington, CT 06034-9900
Fax: 1-866-890-7722

Para el año de contrato 2020: Health Insurance Plan of Greater New York (HIP) es un plan HMO/HMO-POS/HMO D-SNP que tiene contrato con Medicare. HIP tiene un contrato con el programa Medicaid de Nueva York para HMO D-SNP. La inscripción en HIP depende de la renovación del contrato. HIP es una empresa de EmblemHealth. ATTENTION: If you speak other languages, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 877-411-3625 (TTY/TDD: 711). ATENCIÓN: Si usted habla otros idiomas, tiene a su disposición, gratis, servicios de ayuda para idiomas. Llame al 877-411-3625 (TTY/TDD: 711).

Tivity Health, Inc., una compañía independiente, brinda el programa de acondicionamiento físico SilverSneakers®. © 2019. Todos los derechos reservados.