



Comuníquese con EmblemHealth si necesita información en otro idioma o formato.

Para inscribirse, sírvase proporcionar la siguiente información:

Nota para el candidato: Para información sobre el área de servicio y las primas de los planes Medicare Advantage a su disposición, consulte el Resumen de Beneficios. **Marque el plan en el que desea inscribirse:**

EmblemHealth VIP Dual (HMO SNP)

APELLIDO:		NOMBRE:		Inicial:		<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 (No se aceptan apartados postales):							
Ciudad:				Estado:		Código postal:	
Dirección postal (solo si difiere de su dirección de residencia permanente):							
Ciudad:				Estado:		Código postal:	
Contacto de emergencia:			Número de teléfono:			Parentesco con usted:	

Por favor indique su información de seguro Medicare

Fíjese en su tarjeta de roja, blanca y azul de Medicare para llenar esta sección.

• Llene esta información como aparece en su tarjeta de Medicare.

- 0 -

• Adjunte una copia de su tarjeta de Medicare o su carta de la Administración del Seguro Social o Comisión de Jubilación Ferroviaria.

Nombre (como aparece en su tarjeta de Medicare):

Número de Medicare: _____

Tiene derecho a: _____ Fecha efectiva: _____

HOSPITAL (Parte A): _____

MÉDICO (Parte B): _____

Usted debe tener Medicare Parte A o Parte B para inscribirse en un Plan Medicare Advantage.

Pago de la prima del plan

Usted puede pagar la prima mensual (incluida cualquier penalidad por inscripción tardía que tenga actualmente o pudiera adueñar) por correo o Transferencia Electrónica de Fondos cada mes (vea solicitud adjunta). Puede también elegir pagar su prima por deducción automática de su cheque del beneficio del Seguro Social o la Comisión de Jubilación Ferroviaria (RRB) cada mes. Si se le grava un Importe de Ajuste Mensual Relacionado con los Ingresos Parte D (Parte D-IRMAA), la Administración del Seguro Social le notificará. Usted será responsable de pagar este importe extra además de su prima del plan. Se le retendrá el importe de su cheque del beneficio del Seguro Social o le facturará directamente Medicare o la RRB. NO le pague a EmblemHealth el importe Parte D-IRMAA.

(Podrán transcurrir dos meses o más después de que el Seguro Social o la RRB apruebe la deducción para que se efectúe dicha deducción. En la mayoría de los casos, si el Seguro Social o la RRB acepta su solicitud para la deducción automática, la primera deducción de su cheque del beneficio del Seguro Social o de la RRB incluirá todas las primas adeudadas desde la fecha efectiva de su inscripción hasta el momento cuando comience la retención. Si el Seguro Social o la RRB no aprueba su solicitud para la deducción automática, le enviaremos una factura impresa para sus primas mensuales.)

Las personas con ingresos limitados podrán calificar para ayuda adicional para el pago de sus costos de los medicamentos de receta. Si usted es elegible, Medicare podría pagar el 75% del costo de los medicamentos, que incluye las primas mensuales para los medicamentos de receta, los deducibles anuales y el coseguro. Además, los que califican no estarán propensos a la interrupción de cobertura o una penalidad por inscripción tardía. Muchas personas son elegibles para estos ahorros y ni siquiera lo saben. Para más información sobre esta ayuda adicional, comuníquese con la oficina local del Seguro Social o llame al Seguro Social al **800-772-1213**. Los usuarios de TTY deben llamar al **800-325-0778**. Usted también puede solicitar ayuda adicional en línea en www.socialsecurity.gov/prescriptionhelp. Si califica para recibir ayuda adicional con los costos de su cobertura de medicamentos de receta de Medicare, Medicare pagará toda o una parte de su prima del plan. Si Medicare solo paga una porción de esta prima, a usted le facturaremos el importe que Medicare no cubre. Si no selecciona una opción de pago, recibirá una factura cada mes.

¿Desea que la prima de este plan se deduzca de su cheque del beneficio mensual SSA o RRB? Sí No

Recibo beneficios mensuales de: Seguro Social RRB

Lea y conteste estas preguntas importantes:

1. ¿Tiene Enfermedad renal en etapa terminal (ESRD)? Sí No
Si usted ha tenido un trasplante de riñón exitoso y/o ya no necesita diálisis regular, **adjunte una nota o los registros** de su médico donde se indica que no necesita diálisis o que ha tenido un trasplante de riñón exitoso; de otra manera es posible que tengamos que comunicarnos con usted para obtener más información.
2. Algunas personas pueden tener otra cobertura de medicamentos, incluso otro seguro privado, TRICARE, Federal Employee health benefits coverage, Beneficios de la Administración de Veteranos o programas estatales de ayuda de fármacos.
¿Tendrá usted otra cobertura de medicamentos de receta además de este plan? Sí No
Si la respuesta es "sí", enumere su otra cobertura y su número o números de identificación para esta cobertura:
Nombre de la otra cobertura: _____ N° ID de esta cobertura: _____ N° de Grupo de esta cobertura: _____
3. ¿Es usted un residente en un centro de cuidado de largo plazo, por ejemplo, un sanatorio especializado? Sí No
Si la respuesta es "sí", suministre la siguiente información: Nombre de la institución: _____
Dirección y número de teléfono de la institución (número y calle): _____
4. ¿Está inscrito en el programa de Medicaid de su estado? ***(Requerido para la inscripción en Planes SNP)** Sí No
Si la respuesta es "sí", proporcione su número de Medicaid: _____
5. ¿Trabaja usted o su cónyuge? Sí No
6. **Seleccione el nombre de un Médico de Atención Primaria (PCP) de nuestro Directorio de Proveedores del Plan.**
Nombre _____ No. de PCP _____ Paciente actual

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

*Comuníquese con EmblemHealth HMO al **800-447-9169** si necesita información en otro formato o idioma de los que se mencionan arriba. Los usuarios de TTY deben llamar al **711**. Nuestro horario de atención es de 8 am a 8 pm, siete días a la semana.*

Complete esta sección para ayudar a determinar el período de elección para el que califica

Típicamente, usted puede inscribirse en un plan de Medicare Advantage solamente durante el período de inscripción anual entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre de cada año. Además, hay excepciones que pueden permitirle inscribirse en un Plan Medicare Advantage fuera del período de inscripción anual.

Lea atentamente los siguientes enunciados y marque la casilla si el enunciado le corresponde. Al marcar cualquiera de las siguientes casillas, usted certifica que, según su entender, es elegible para el Período de Inscripción. Si más adelante determinamos que esta información es incorrecta, usted podrá ser desinscrito.

- Es la primera vez que me inscribo en Medicare.
- Estoy inscrito en un plan Medicare Advantage y deseo hacer un cambio durante el período de inscripción abierto de Medicare Advantage (MA OEP).
- Recientemente me mudé fuera del área de servicio de mi plan actual o recientemente me mudé y este plan es una nueva opción para mí. Me mudé el ____/____/____.
- Recientemente tuve un cambio en mi Medicaid (acabo de tener Medicaid, tuvo un cambio de nivel de ayuda de Medicaid o perdí Medicaid el ____/____/____).
- Recientemente tuve un cambio en mi ayuda adicional para pagar la cobertura de medicamentos de receta de Medicare (acabo de recibir ayuda adicional, tuvo un cambio de nivel de ayuda adicional o perdí la ayuda adicional el ____/____/____).
- Tengo tanto Medicare como 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 ningún cambio.
- Me estoy mudando a, vivo en o recientemente me mudé de una Instalación de Cuidados de Largo Plazo (por ejemplo, un sanatorio especializado o una instalación de cuidados de largo plazo) el ____/____/____.
- Recientemente me salí de un programa PACE el ____/____/____.
- Recientemente involuntariamente perdí mi cobertura que es cobertura acreditada de medicamentos de receta (cobertura tan buena como la de Medicare). Perdí mi cobertura de medicamentos el ____/____/____.
- Estoy dejando la cobertura de mi empleador o unión el ____/____/____.
- Pertenezco a un programa de ayuda de farmacia proporcionado por mi estado.
- Recientemente regresé a Estados Unidos después de vivir permanentemente fuera de Estados Unidos. Regresé a Estados Unidos el ____/____/____.
- Mi plan está terminando su contrato con Medicare o Medicare está terminando su contrato con mi plan.
- Estaba inscrito en un plan por Medicare (o por mi estado) pero deseo elegir otro plan. Mi inscripción en ese plan comenzó el ____/____/____.
- Estaba inscrito en un Plan de Necesidades Especiales (SNP) pero he perdido la calificación de necesidades especiales requerida para estar en el plan. Me desinscribieron del plan SNP el ____/____/____.
- Ninguno de estos enunciados se aplican a mí.

Si ninguno de estos enunciados le corresponde o si no está seguro, comuníquese con EmblemHealth al **800-447-5496** (Los usuarios de TTY deben llamar al **711**) para averiguar si es elegible para inscribirse. Atendemos los 7 días de la semana de 8 am a 8 pm.



Sírvase leer esta información importante

Si actualmente tiene cobertura médica de un empleador o unión, la inscripción en este Plan podría afectar los beneficios médicos de su empleador o unión. Podría perder la cobertura médica de su empleador o unión si usted se inscribe en este Plan. Lea los comunicados que su empleador o unión le envía. Si tiene alguna pregunta, visite su sitio web o comuníquese con la oficina que se indica en dichos comunicados. Si no hay información con respecto a la persona de contacto, su administrador de beneficios o la oficina que contesta preguntas acerca de su cobertura podrá ayudar.

Lea y firme al reverso

Al completar esta solicitud de inscripción, doy mi acuerdo a lo siguiente:

Los planes EmblemHealth Medicare HMO son planes de Medicare Advantage y tienen un contrato con el gobierno federal. Tendré que conservar mis Partes A y B de Medicare. Podré participar en solo un plan Medicare Advantage a la vez, y entiendo que mi inscripción en este plan automáticamente terminará mi inscripción en otro plan médico de Medicare. Soy responsable de informarles de cualquier cobertura de medicamentos de receta que tenga o pudiera obtener en el futuro. Por lo general, la inscripción en este plan es por el año completo. Una vez que me inscriba, solo podré dejar o hacer cambios al plan en ciertos momentos del año cuando un período de inscripción esté disponible (Ejemplo: Período de inscripción anual del 15 de octubre al 7 de diciembre), o bajo ciertas circunstancias especiales.

EmblemHealth Medicare HMO sirve a un área de servicio específica. Si me mudo fuera del área servida por estos planes, tendré que notificar al plan para que pueda desinscribirme y buscar un nuevo plan en mi área nueva. 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 la Evidencia de Cobertura de EmblemHealth Medicare HMO cuando la reciba para averiguar las reglas que debo seguir a fin de recibir cobertura con este plan Medicare Advantage. Entiendo que por lo general los beneficiarios de Medicare no están cubiertos bajo Medicare cuando se encuentran fuera del país, excepto por cobertura limitada cerca de la frontera de EE.UU.

Entiendo que, comenzando en la fecha en la cual empieza la cobertura de EmblemHealth Medicare HMO, debo recibir toda mi atención médica de EmblemHealth Medicare HMO, con excepción de servicios de emergencia o urgentes o servicios de diálisis fuera del área. Los servicios autorizados por EmblemHealth Medicare HMO y otros servicios contenidos en mi documento de Evidencia de Cobertura de EmblemHealth Medicare HMO (o sea el contrato de miembro o de suscriptor) estarán cubiertos. Sin autorización, **NI MEDICARE NI EMBLEMHEALTH PAGARÁ LOS SERVICIOS.**

Entiendo que si recibo asistencia de un agente de ventas, corredor u otra persona empleada por o bajo contrato con EmblemHealth, esta persona podrá ser compensada si me inscribo en un plan EmblemHealth Medicare HMO.

Entiendo que EmblemHealth o cualquiera de las partes bajo contrato con EmblemHealth podrán usar los números de teléfono que he suministrado en esta solicitud para comunicarse conmigo acerca de mi cuenta, la provisión de servicios a mí o mi plan de beneficios médicos o programas afines.

Divulgación de información: Al inscribirme a este plan médico de Medicare, reconozco que EmblemHealth Medicare HMO divulgará mi información a Medicare y otros planes según sea necesario para cuestiones de tratamiento, pago y atención médica. Asimismo, reconozco que EmblemHealth divulgará mi información, incluidos los datos de acontecimientos de medicamentos de receta a Medicare, quien la podrá divulgar para fines de investigación y otros, que cumplan con todos los estatutos y reglamentos federales aplicables. La información contenida en este formulario de inscripción es correcta según mi entender. Entiendo que si proporciono intencionalmente información falsa en este formulario, se me desinscribirá del plan.

Entiendo que mi firma (o la firma de la persona autorizada para actuar en mi nombre bajo las leyes del estado en el cual resido) en esta solicitud significa que he leído y que entiendo el contenido de esta solicitud. Si el formulario está firmado por una persona autorizada (según se describe arriba), esta firma certifica que: 1) esta persona está autorizada bajo las leyes estatales a completar esta inscripción, y 2) hay documentación de dicha autorización disponible previa solicitud de Medicare.

Su firma:

Fecha efectiva propuesta:

Fecha de hoy:

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

Nombre: _____

Dirección: _____

Número de teléfono: (_____) _____ - _____ **Relación con el inscrito:** _____

Para uso exclusivo de la empresa

Staff Member/Agent/Broker Signature: _____ Agent/Broker ID#: _____

Date Accepted: _____ Source Code: _____ Location: _____

Election Period: ICEP/IEP: _____ AEP: _____ SEP (type): _____

HIP Health Plan of New York (HIP) es un plan HMO con un contrato de Medicare. La inscripción en HIP depende de la renovación del contrato. HIP es una compañía 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).

Group Health Incorporated (GHI), HIP Health Plan of New York (HIP), HIP Insurance Company of New York y EmblemHealth Services Company, LLC son compañías EmblemHealth. EmblemHealth Services Company, LLC proporciona servicios administrativos a las compañías EmblemHealth.