

# 2026 Aplicación de Inscripción Individual Para Planes de Salud MVP Health Care® Medicare Advantage



## Planes MVP DualAccess (HMO D-SNP)

### ¿Quién puede usar este formulario?

Personas con Medicare que desean inscribirse en un plan Medicare Advantage.

Para inscribirse en un seguro, debe:

- Ser ciudadano de los Estados Unidos o estar legalmente presente en los EE. UU.
- Vivir en el área de servicio de cobertura

**Para inscribirse en un Plan Medicare Advantage, también debe tener Medicare Parte A (seguro hospitalario) y Medicare Parte B (seguro médico).**

### ¿Cuándo uso este formulario?

Puede inscribirse en un plan:

- Del 15 de octubre al 7 de diciembre de cada año (para cobertura a partir del 1 de enero)
- Dentro de los tres meses de haber recibido Medicare por primera vez
- En ciertas situaciones en las que se le permite inscribirse o cambiar de cobertura

Visite **Medicare.gov** para obtener más información sobre cuándo puede inscribirse en un seguro.

### ¿Qué necesito para completar este formulario?

- Su Número de Medicare (el número que aparece en su tarjeta roja, blanca, y azul de Medicare)
- Su Número de Medicaid (el número en su tarjeta de Medicaid)
- Su dirección permanente y número de teléfono

Debe completar todos los puntos de las Secciones 1-7, a menos que se indique lo contrario.

MVP Health Plan, Inc. es una organización HMO-POS/PPO/HMO D-SNP con un contrato Medicare y un contrato con el programa Medicaid del Estado de Nueva York. La inscripción en MVP Health Plan depende de la renovación del contrato.

### DECLARACIÓN DE LA LEY DE PRIVACIDAD

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS) recopilan información de los planes de Medicare para hacer un seguimiento de la inscripción de beneficiarios en los planes Medicare Advantage (MA) o de medicamentos con receta (PDP, en inglés), mejorar la atención y pagar los beneficios de Medicare. Las secciones 1851 y 1860D-1 de la Ley de Seguridad Social y 42 CFR §§ 422.50, 422.60, 423.30, y 423.32 autorizan la recopilación de esta información. Los CMS pueden usar, divulgar e intercambiar datos de inscripción de beneficiarios de Medicare según se especifica en el Aviso del sistema de registros (SORN) "Medicare Advantage Prescription Drug (MARx)", Sistema Nº 09-70-0588. Su respuesta a este formulario es voluntaria. Sin embargo, la falta de respuesta puede afectar la cobertura en el plan.

### Cosas que debe recordar.

- Si desea inscribirse en un plan durante el período de inscripción abierta de otoño (del 15 de octubre al 7 de diciembre), la aseguradora debe obtener su formulario completo antes del 7 de diciembre
- Si corresponde, su aseguradora le enviará una factura por la prima de cobertura. Puede optar por inscribirse para que los pagos de sus primas se deduzcan de su cuenta bancaria o de su beneficio mensual del Seguro Social (o Junta de Retiro Ferroviario)

### ¿Qué sucede después?

Envíe su formulario completo y firmado a:

**MVP DualAccess Plan Enrollment  
MVP Health Care  
20 S Clinton Ave  
Rochester NY 14604-1793**

Una vez que MVP procesen su solicitud para unirse, se comunicarán con usted.

### ¿Cómo obtengo ayuda con este formulario?

Llame a MVP Health Care al **1-800-324-3899**.

Los usuarios de TTY pueden llamar al 711.

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 MVP Health Care at **1-800-324-3899** (TTY 711), or Medicare toll-free at **1-800-633-4227** and a representative will be available to assist you in English.

# 2026 Aplicación de Inscripción Individual Para Planes de Salud MVP Health Care® Medicare Advantage



## Planes MVP DualAccess (HMO D-SNP)

Complete las Secciones 1–7. Complete una solicitud de cobertura por solicitante.

Llame a Atención al Centro de Servicios a los Afiliados de MVP Medicare al **1-800-665-7924** (TTY 711) si necesita información en un idioma que no sea inglés, o en un formato accesible. Llame al siete días de la semana, 8 am–8 pm hora del Este. Abril 1–septiembre 30, llame de lunes–viernes, 8 am–8 pm.

### Sección 1: Seleccione la Cobertura en el Que Desea Asegurarse

<input type="checkbox"/> MVP DualAccess (HMO D-SNP)	\$0 de prima mensual
<input type="checkbox"/> MVP DualAccess Complete (HMO D-SNP)	\$0 de prima mensual

### Sección 2: Información Sobre Usted (en letra de imprenta)

Nombre (apellido, nombre, inicial del segundo nombre)		Sexo <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer		Fecha de Nacimiento	
Residencia Preferida Dirección (no se permiten casillas postales)				Número de Teléfono ( )	
Ciudad	Estado	Código Postal	Condado		
Dirección Postal (Únicamente si es diferente a su domicilio permanente)		Ciudad	Estado	Código Postal	
Número de ID de Afiliado de MVP (Si actualmente es Afiliado de MVP Medicare)		Correo Electrónico Preferida (opcional)			
¿Desea recibir información en un idioma distinto del español? <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Otro: _____		¿Está inscrito en el programa Medicaid de su Estado? <input type="checkbox"/> Sí (Su número de Medicaid _____) <input type="checkbox"/> No			

**Si desea recibir información nuestra en un formato accesible, indique a continuación el formato que desea.**

Braille  Letra grande  Audio CD  Datos CD

Si necesita información en otro formato que no figure en la lista anterior, llame a Centro de Servicios a los Afiliados de MVP Medicare al **1-800-665-7924** (TTY 711).

### Sección 3: Su Número de Medicare

En su tarjeta roja, blanca, y azul de Medicare puede encontrar lo siguiente.

<b>Su Número de Medicare</b> (XXXX-XXX-XXXX)	<b>Fechas de Entrada en Vigor</b>
_____	Hospital (Parte A) _____ Médico (Parte B) _____

Nombre de Solicitante

Número de Medicare

**Sección 4: Su Proveedor de Cuidado Primario (PCP)**

Nombre del Grupo Médico Primario

Nombre Completo del PCP

Ciudad

Estado

Código Postal

¿Es usted un paciente existente?

Sí  No

**Sección 5: Lea y Proporcione Respuestas a las Sigüientes Preguntas (en letra de imprenta)**

1. ¿Tendrá otra cobertura de medicamentos con receta además de MVP?  Sí  No

Algunas personas pueden tener otro cobertura de medicamentos, incluso otro seguro privado, TRICARE, una cobertura médica para empleados Federales, beneficios de la Administración para Veteranos (VA), o EPIC (NY).

Si **Sí**, consulte la tarjeta de asegurado de su otra cobertura de medicamentos y proporcione lo siguiente:

Nombre de la Otra Cobertura

Nº de ID de la Receta

Nº de Grupo de la Receta

**Sus respuestas a las sigüientes preguntas son opcionales.**

**No se le puede negar la cobertura porque no la completó.**

2. ¿Usted o su cónyuge trabajan?  Sí  No

3. ¿Ha servido en las fuerzas armadas?  Sí  No

**Sección 6: Motivo de la Inscripción**

Por lo general, únicamente puede solicitar cobertura médica de Medicare Advantage durante el Período de Inscripción anual del 15 de octubre al 7 de diciembre de cada año. Hay excepciones que pueden permitirle solicitar cobertura Medicare Advantage fuera de este período. **Lea detenidamente las sigüientes afirmaciones y marque la casilla si la afirmación corresponde a su caso.** Al marcar alguna de las sigüientes casillas, certifica que, a su leal saber y entender, es elegible para un Período de Inscripción. Si Medicare determina posteriormente que esta información es incorrecta, se podría cancelar su cobertura.

Esta es mi selección para la solicitud de cobertura anual.

Soy nuevo en Medicare o tuve Medicare antes, pero ahora cumpla 65 años.

Estoy inscrito en un plan Medicare Advantage y deseo realizar un cambio durante el Período de Inscripción Abierta de Medicare Advantage (Medicare Advantage Open Enrollment Period).

Dejaré la cobertura del empleador o del sindicato (fecha) \_\_\_\_\_.

Participo en un programa de ayuda de farmacia que brinda mi estado, o EPIC (NY).

Me acabo de mudar fuera del área de servicio de mi cobertura vigente o me acabo de mudar y esta cobertura es una nueva opción para mí. Me mudé el (fecha) \_\_\_\_\_.

Recientemente se produjo un cambio en mi elegibilidad para Medicaid (obtención reciente de Medicaid, cambio en el nivel de asistencia de Medicaid o pérdida de Medicaid) el (fecha) \_\_\_\_\_.

Recientemente se produjo un cambio en el Extra Help que paga mi cobertura de medicamentos con receta de Medicare (obtención reciente del Extra Help o pérdida del Extra Help) el (fecha) \_\_\_\_\_.

Nombre de Solicitante

Número de Medicare

*(Sección 6: Motivo de la Inscripción continuación)*

- Hace poco perdí involuntariamente mi cobertura válida de medicamentos con receta (una cobertura tal y como la de Medicare) en (fecha) \_\_\_\_\_.
- Estaba inscrito en una cobertura de Medicare (o mi estado) y deseo elegir una cobertura diferente. Mi cobertura en ese seguro comenzó el (fecha) \_\_\_\_\_.
- Mi cobertura vigente ya no tendrá contrato con Medicare o Medicare ya no tendrá contrato con mi aseguradora.
- Estaba inscrito en una cobertura Special Needs Plan (SNP), pero ya no reúno los requisitos de necesidades especiales para tener esa cobertura. Cancelaron mi cobertura SNP el (fecha) \_\_\_\_\_.
- Hace poco fui liberado de prisión. Salí el (fecha) \_\_\_\_\_.
- Recientemente se legalizó mi presencia en los Estados Unidos el (fecha) \_\_\_\_\_.
- Me mudaré, vivo, o me acabo de mudar de un centro de atención médica a largo plazo (por ejemplo, un asilo o un centro de atención médica prolongada) el (fecha) \_\_\_\_\_.
- Hace poco, me di de baja del Programa de Cuidado Total de Salud para Ancianos (PACE, en inglés) el (fecha) \_\_\_\_\_.
- Después de vivir permanentemente fuera de los Estados Unidos, recientemente regresé al país (fecha) \_\_\_\_\_.
- Me vi afectado por una emergencia o un desastre mayor (según lo declaró la Agencia Federal para el Manejo de Emergencias [Federal Emergency Management Agency, FEMA] o una entidad del gobierno local, estatal, o federal). Una de las demás declaraciones aquí mencionadas se aplicaba a mi caso, pero no pude realizar mi solicitud de inscripción debido al desastre.
- Mi cobertura vigente ha sido colocada en administración judicial.
- Tengo Medicare y recibo todas las prestaciones de Medicaid. Quiero afiliarme o cambiarme a un plan que coordine.
- Me otorgaron un Período Especial de Inscripción debido a circunstancias excepcionales según lo determine Medicare.
- Estaba inscrito en un plan que los CMS han identificado como una persona de bajo desempeño constante en las calificaciones con estrellas de Medicare.
- Me inscribo en un plan de 5 estrellas.
- Ninguna de estas afirmaciones se me aplica. Comuníquese con MVP para ver si es elegible para solicitar cobertura. Llame al **1-800-324-3899** los siete días de la semana, 8 am–8 pm hora del Este. Abril 1–septiembre 30, llame de lunes–viernes, 8 am–8 pm. (TTY 711).

Nombre de Solicitante

Número de Medicare

## Sección 7: Su Firma y Autorización

**Divulgación de información:** Al inscribirse en esta cobertura médica de Medicare, reconozco y doy mi consentimiento para la exención, uso, y la divulgación de mi información (que podría incluir información de medicamentos con receta, información médica, VIH, salud mental, o información sobre abuso de alcohol y sustancias) de MVP Health Care (MVP) o cualquier profesional médico involucrado en el cuidado de mí para Medicare, MVP, o cualquier profesional médico, u organizaciones involucradas en mi atención, y otros planes según sea razonablemente necesario para que MVP o mis proveedores de atención médica lleven a cabo el tratamiento, pago, u operaciones de atención médica, o de otra manera y en la medida permitida por, y de acuerdo con, leyes aplicables, regulaciones, y reglas. También manifiesto que MVP puede divulgar mi información, incluidos mis datos de eventos de medicamentos con receta, a Medicare, que puede divulgarla con fines de investigación y otros fines, en la medida permitida por las leyes, reglamentaciones, y normas aplicables y de acuerdo con estas.

### Al firmar a continuación, entiendo que:

- Deberé conservar tanto Hospital (Parte A) como Médico (Parte B) para permanecer en un Plan Medicare Advantage de MVP.
- Al unirme a este Plan Medicare Advantage, manifiesto que MVP compartirá mi información con Medicare, que puede usarla para hacer un seguimiento de mi cobertura, realizar pagos y para otros fines permitidos por la ley federal que autoriza la recopilación de esta información (consulte la Declaración de la Ley de Privacidad en la portada de este formulario).
- Su respuesta a este formulario es voluntaria. Sin embargo, la falta de respuesta puede afectar su cobertura en el plan.
- Según mi leal saber y entender, la información en esta solicitud de cobertura es correcta. Entiendo que, si proporciono información falsa deliberadamente en este formulario, se cancelará mi cobertura.
- Entiendo que las personas con Medicare generalmente no están cubiertas por Medicare mientras están fuera del país, excepto una cobertura limitada cerca de la frontera de EE. UU.
- Al proporcionar mi dirección de correo electrónico, doy permiso a MVP para que me envíe correos electrónicos relacionados con mi plan y mis beneficios. Entiendo que tengo derecho a recibir documentos impresos y que puedo establecer y cambiar mis preferencias de comunicación en cualquier momento, ingresando a **my.mvphealthcare.com** y seleccionando *Communication Preferences* (Preferencias de Comunicación), o llamando al MVP en **1-800-TALK-MVP** (1-800-825-5687).
- Comprendo que cuando comience mi cobertura de MVP Health Care, debo obtener todos mis beneficios médicos y de medicamentos con receta de MVP. Se cubrirán los beneficios y servicios proporcionados por MVP y contenidos en mi documento de “Evidencia de Cobertura” de MVP Health Care (también conocido como contrato del asegurado o acuerdo del suscriptor). Ni Medicare ni MVP pagarán los beneficios o servicios que no estén cubiertos.
- Entiendo que mi firma (o la firma de la persona legalmente autorizada para actuar en mi nombre) en esta solicitud significa que he leído y entiendo el contenido de esta solicitud. Si el documento tiene la firma de un representante autorizado (como se describe anteriormente), esta firma certifica que:
  1. Esta persona está autorizada en virtud de la ley estatal para completar esta solicitud de cobertura, y
  2. La documentación de esta autoridad está disponible a solicitud de Medicare.

<i>Nombre de Solicitante</i>	<i>Número de Medicare</i>
------------------------------	---------------------------

*(Sección 7: Su Firma y Autorización continuación)*

<i>Firma</i>	<i>Fecha de Hoy</i>
--------------	---------------------

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

Nombre	Parentesco con el Solicitante	Nº de Teléfono Preferido (      )	
Dirección	Ciudad	Estado	Código Postal

<b>Office Use Only</b>	<small>Name of Staff Member/Agent/Broker <i>(if assisted in enrollment)</i></small>			<small>Plan ID No.</small>	<small>Effective Date of Coverage</small>
	<small>ICEP/IEP</small>	<small>AEP</small>	<small>SEP (type)</small>	<small>Not Eligible</small>	<small>National Producer No. <i>(Agents/Brokers only)</i></small>

**Declaración de divulgación de la Ley de Reducción de Papeleo**

De acuerdo con la Ley de Reducción de Papeleo (PRA, en inglés) de 1995, a ninguna persona se le exige que responda a una solicitud de información a menos que se exhiba el número de control válido de la Oficina de Administración y Presupuesto (OMB, en inglés). El número de control válido de la OMB para esta solicitud de información es 0938-NEW. Se estima que el tiempo necesario para completar esta información es un promedio de 20 minutos por respuesta, incluido el tiempo para revisar las instrucciones, buscar recursos de datos existentes y obtener los datos necesarios, y completar y revisar la recopilación de información. Si tiene cualquier comentario relacionado con la precisión de los tiempos estimativos o sugerencias para mejorar este formulario, escriba a esta dirección: CMS, 7500 Security Blvd, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850. **IMPORTANTE** No envíe este formulario ni ningún elemento con su información personal (como reclamaciones, pagos, registros médicos, etc.) a la Oficina de Autorización de Informes de PRA. Se destruirán todos los elementos que recibamos que no se traten de cómo mejorar este formulario o su carga de recolección (descritos en OMB 0938-1378). No se conservará, revisará ni enviará a la aseguradora. Vea “¿Qué sucede después?” en la página 1 para enviar su formulario completado a la aseguradora.