

Planes de Salud Medicare Advantage

Solicitud de Inscripción Individual



2020 Región del Valle del Hudson

Complete los pasos de 1 a 8 en las siguientes páginas. Complete un formulario de inscripción por solicitante.

Paso 1: Seleccione el plan en el que desea inscripción

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> MVP® WellSelect® PPO | con cobertura de medicamentos recetados, prima mensual de \$0 |
| <input type="checkbox"/> MVP GoldSecure HMO-POS | con cobertura de medicamentos recetados, prima mensual de \$39.00 |
| <input type="checkbox"/> MVP Preferred Gold HMO-POS | sin cobertura de medicamentos recetados, prima mensual de \$62.00 |
| <input type="checkbox"/> MVP GoldValue HMO-POS | con cobertura de medicamentos recetados, prima mensual de \$89.00 |
| <input type="checkbox"/> MVP Gold PPO | con cobertura de medicamentos recetados, prima mensual de \$124.00 |
| <input type="checkbox"/> MVP Preferred Gold HMO-POS | con cobertura de medicamentos recetados, prima mensual de \$139.00 |

Paso 2: Proporcione la siguiente información (Por favor en letra de imprenta)

Masculino Femenino

Nombre (apellido, nombre, inicial del segundo nombre) Sexo

Residencia Permanente (Dirección Particular—no se permite apartado postal)

Ciudad Estado Código Postal Condado

Número de Teléfono Particular Fecha de Nacimiento

Dirección Postal (si es diferente de la dirección de residencia permanente anterior)

Ciudad Estado Código Postal

Correo Electrónico Número de Identificación de Afiliado de MVP
(si actualmente es afiliado de MVP Medicare)

Paso 3: Proporcione la información de seguro de Medicare (Por favor en letra de imprenta)

Usando su tarjeta de Medicare, complete estos espacios de manera que coincidan con su tarjeta roja, blanca, y azul de Medicare. O adjunte una copia de su tarjeta de Medicare, o su carta del Seguro Social, o la Junta de Retiro Ferroviario. Debe tener la Parte A y la Parte B de Medicare para unirse a un plan Medicare Advantage.

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

Tiene derecho a:

Fecha de entrada en vigor de
servicios hospitalarios (Parte A)

Fecha de entrada en vigor de
servicios médicos (Parte B)

Paso 4: Elija cómo pagar su prima del plan

Seleccione el Método de pago de su prima mensual o de cualquier multa por inscripción tardía que deba pagar.

- Deseo recibir la factura.**
(Una vez inscrito, puede crear una cuenta en mvphealthcare.com y pagar su factura en línea.)
- Deducción automática de mi cheque de beneficios mensual de Seguro Social o la Junta de Retiro Ferroviario.**
(La primera deducción puede demorar varios meses. Continúe pagando su factura hasta que comiencen las deducciones.)
- Recibo beneficios mensuales de: Seguro Social Junta de Retiro Ferroviario (RRB)

Si no selecciona una opción de pago, MVP el enviará una factura todos los meses.

Si Medicare le asigna un monto de ajuste mensual acorde a sus ingresos (IRMAA) de la Parte D, recibirá una notificación de la Administración del Seguro Social. Usted será responsable de pagar este monto adicional además de la prima de su plan. El monto se debitará de su cheque de beneficios del Seguro Social, o la Junta de Retiro Ferroviario, o Medicare se lo facturará directamente. **No pague** a MVP el IRMAA de la Parte D.

Las personas con ingresos limitados pueden calificar para recibir Ayuda Adicional para pagar los costos de sus medicamentos recetados. Si es elegible, Medicare podría pagar el 75% o más de sus costos de medicamentos, incluidas las primas mensuales de medicamentos recetados, los deducibles anuales y coseguros. Además, quienes califiquen, no estarán sujetos a la interrupción en la cobertura ni a una multa por inscripción tardía. Muchas personas son elegibles para estos ahorros y no lo saben. Para obtener más información acerca de esta Ayuda Adicional, comuníquese con su oficina local del Seguro Social, o llame al Seguro Social al **1-800-772-1213** (los usuarios de TTY deben llamar al **1-800-325-0778**). Para solicitar Ayuda Adicional en línea, visite ssa.gov/prescriptionhelp.

Nota: Si califica para recibir Ayuda Adicional con los costos de su cobertura de medicamentos recetados de Medicare, Medicare pagará la totalidad o parte de la prima de su plan. Si Medicare paga solo una parte de esta prima, le facturaremos el monto que Medicare no cubre.

Paso 5: Lea y responda estas preguntas importantes (Por favor en letra de imprenta)

1. ¿Tiene enfermedad renal en etapa terminal (ESRD)? Sí No
Si se realizó un trasplante de riñón exitoso o ya no necesita diálisis en forma regular, **adjunte una nota o los registros** de su médico donde se indique que se realizó un trasplante de riñón que resultó exitoso o ya no necesita diálisis. Si no lo hace, es posible que debamos comunicarnos con usted para obtener información adicional.

2. Es posible que algunas personas tengan otra cobertura de medicamentos, incluido otro seguro privado, TRICARE, cobertura de beneficios de salud para empleados federales, beneficios del Departamento de Asuntos de Veteranos (VA) o cobertura de seguro farmacéutico para personas mayores (EPIC). ¿Tendrá otra cobertura de medicamentos recetados además de MVP? Sí No
Si la respuesta es Sí, consulte la tarjeta de identificación de su otra cobertura de medicamentos y proporcione la siguiente información:

Nombre de la otra cobertura:

Effective Date:

Rx ID #:

Rx Group #:

Rx BIN #:

Rx PCN:

3. ¿Es usted residente en un centro atención a largo plazo, como un hogar de ancianos? Sí (proporcione la información a continuación) No

Nombre de la Institución:

Dirección y Número de Teléfono (número y calle):

Sus respuestas a las siguientes preguntas no le impedirán inscribirse en este plan.

4. ¿Está inscrito en el programa Medicaid de su estado? Sí (Su núm. de Medicaid: _____) No
5. ¿Trabaja usted o su cónyuge? Sí No
6. ¿Ha servido en el militares? Sí No

Paso 6: Indique su Proveedor de Cuidado Primario (PCP)—no requerido para afiliados a los planes Gold PPO o WellSelect

¿Es su paciente en este momento? Sí No

Nombre completo del PCP _____

Paso 7: Seleccione el motivo por el que se inscribe en este momento

Generalmente, solo puede inscribirse en un plan Medicare Advantage durante un período de inscripción anual, que abarca del 15 de octubre al 7 de diciembre de cada año. Estas son las excepciones que podrían permitirle inscribirse en un plan Medicare Advantage fuera de este período.

Lea detenidamente las siguientes declaraciones y marque la casilla si una declaración se ajusta a su caso.

Al marcar cualquiera de las siguientes casillas usted certifica que, a su leal saber y entender, es elegible para un período de inscripción. Si posteriormente Medicare determina que esta información es incorrecta, es posible que se cancele su inscripción.

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Esta es mi selección para la Inscripción anual. | <input type="checkbox"/> Mi plan finalizará su contrato con Medicare, o Medicare finalizará su contrato con mi plan. |
| <input type="checkbox"/> Soy nuevo en Medicare o tuve Medicare en el pasado, pero ahora cumpla 65 años. | <input type="checkbox"/> Me inscribí en un plan para necesidades especiales (SNP), pero ya no cumpla con los requisitos de necesidades especiales para permanecer en el plan. Mi inscripción en el SNP se canceló el (fecha) _____. |
| <input type="checkbox"/> Estoy inscrito en un plan Medicare Advantage y deseo realizar un cambio durante el Período de inscripción abierta de Medicare Advantage (MA OEP). | <input type="checkbox"/> Fui liberado de prisión hace poco tiempo. Fui liberado el (fecha) _____. |
| <input type="checkbox"/> Dejaré mi cobertura del empleador o sindicato el (fecha) _____. | <input type="checkbox"/> Recientemente obtuve la condición de presencia legal en Estados Unidos. Obtuve esta condición el (fecha) _____. |
| <input type="checkbox"/> Tengo Medicare y Medicaid (o mi estado me ayuda a pagar las primas de Medicare) o recibo Ayuda Adicional para pagar mi cobertura de medicamentos recetados, pero no he tenido un cambio. | <input type="checkbox"/> Me mudaré, vivo, o dejaré de vivir en un centro de atención a largo plazo (por ejemplo, un hogar de ancianos) el (fecha) _____. |
| <input type="checkbox"/> Participo en un programa de asistencia farmacéutica proporcionado por mi estado: EPIC (NY) o V-Pharm (VT). | <input type="checkbox"/> Recientemente dejé un Programa de Cuidado Integral para Ancianos (PACE) el (fecha) _____. |
| <input type="checkbox"/> Hace poco me mudé fuera del área de servicio de mi plan actual o me mudé recientemente y este plan es una nueva opción para mí. Me mudé el (fecha) _____. | <input type="checkbox"/> Hace poco tiempo regresé a Estados Unidos después de vivir en el exterior en forma permanente. Regresé a Estados Unidos el (fecha) _____. |
| <input type="checkbox"/> Recientemente tuve un cambio en mi cobertura de Medicaid (comencé a recibir Medicaid, tuve un cambio en el nivel de asistencia de Medicaid o perdí Medicaid) el (fecha) _____. | <input type="checkbox"/> Me vi afectado por una emergencia climática o desastre mayor, según lo declaró la Agencia Federal para el Manejo de Emergencias (FEMA). Una de las demás declaraciones aquí mencionadas se aplicaba a mi caso, pero no pude realizar mi inscripción debido al desastre natural. |
| <input type="checkbox"/> Recientemente tuve un cambio en mi Ayuda Adicional para pagar la cobertura de medicamentos recetados de Medicare (comencé a recibir Ayuda Adicional o perdí la Ayuda Adicional) el (fecha) _____. | <input type="checkbox"/> Ninguna de estas declaraciones se aplica a mi caso. Llámenos para saber si reúne los requisitos para inscribirse: 1-800-324-3899 lunes a viernes, de 8 am a 8 pm. Del 1 de octubre al 31 de marzo, llame los siete días de la semana. (TTY: 1-800-662-1220) |
| <input type="checkbox"/> Hace poco tiempo perdí involuntariamente mi cobertura acreditable de medicamentos recetados (cobertura tan buena como la de Medicare). Perdí mi cobertura el (fecha) _____. | |
| <input type="checkbox"/> Medicare (o mi estado) me escribió en un plan, y yo deseo elegir un plan diferente. Mi inscripción en ese plan comenzó el (fecha) _____. | |

Paso 8: Proporcione su firma autorización

Divulgación de información: Al unirme a este plan de salud de Medicare, acepto y doy mi consentimiento para la divulgación y uso de mi información (que puede incluir información de recetas, información médica, VIH, salud mental, o información sobre abuso de sustancias y alcohol) por parte de MVP o cualquier otro proveedor de atención médica involucrado en mi atención a Medicare, MVP, o cualquier proveedor de atención médica 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 operaciones de tratamiento, pagos u atención médica, o de otra manera y en la medida permitida por, y de acuerdo con, las regulaciones, reglas, y leyes aplicables. Asimismo, acepto que MVP puede divulgar mi información, incluidos los datos de eventos de medicamentos recetados, a Medicare, quien puede divulgarla con fines de investigación u otros fines, en la medida permitida por, y de acuerdo con, las regulaciones, reglas, y leyes aplicables. La información en este formulario de inscripción es correcta según mi leal saber y entender. Entiendo que si, intencionalmente, proporciono información falsa en este formulario, se cancelará mi inscripción en el plan.

Entiendo que mi firma (o la firma de la persona autorizada para actuar en mi nombre según las leyes del estado en el que vivo) en esta solicitud significa que he leído y entiendo su contenido. Si la firma una persona autorizada (como se describe anteriormente), esta firma certifica que: 1) esta persona está autorizada por la ley estatal para completar esta inscripción; y 2) la documentación de esta autorización está disponible a solicitud de Medicare.

Firme a Continuación

Firma

Fecha Actual

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

Nombre

Relación con el Afiliado

Dirección

Número de Teléfono

Office Use Only

Name of staff member/agent/broker (if assisted in enrollment):

Plan ID #:

Effective date of coverage:

ICEP/IEP:

AEP:

SEP (type):

Not eligible:

Agent License #:

Al completar esta solicitud de inscripción, acepto lo siguiente:

MVP Health Plan, Inc. es un plan Medicare Advantage y tiene un contrato con el gobierno federal. Tendré que conservar las Partes A y B de Medicare. **Solo puedo estar en un plan Medicare Advantage a la vez, y entiendo que mi inscripción en este plan finalizará automáticamente mi inscripción en otro plan de salud Medicare Advantage o plan de medicamentos recetados.**

Es mi responsabilidad informarles acerca de cualquier cobertura de medicamentos recetados que tenga o pueda obtener en el futuro. Entiendo que, si no tengo cobertura de medicamentos recetados de Medicare o cobertura acreditable de medicamentos recetados (tan buena como la de Medicare), es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía si me inscribo en la cobertura de medicamentos recetados de Medicare en el futuro. La inscripción en este plan es, generalmente, para todo el año. Una vez que me inscriba, puedo dejar este plan o realizar cambios solo en ciertos momentos del año cuando haya un período de inscripción disponible (por ejemplo, del 15 de octubre al 7 de diciembre de cada año), o en ciertas circunstancias especiales.

MVP Health Plan, Inc. presta servicio en un área de servicio específica. Si me mudo fuera del área de servicio de MVP, debo notificar al plan para poder cancelar mi inscripción y encontrar un nuevo plan en mi nueva área. Una vez que sea afiliado de MVP, tengo derecho a apelar las decisiones del plan sobre pagos o servicios si no estoy de acuerdo. Leeré la Evidencia de Cobertura (contrato) de MVP cuando la reciba para saber qué reglas debo seguir para obtener cobertura con este plan Medicare Advantage. Entiendo que las personas que tienen Medicare, generalmente, no están cubiertas por Medicare mientras están fuera del país, excepto por una cobertura limitada cerca de la frontera de los Estados Unidos. Los planes Medicare Advantage de MVP ofrecen cobertura en todo el mundo para atención de emergencia.

Entiendo que, a partir de la fecha en que comience la cobertura de mi plan HMO-POS o PPO, usar los servicios dentro de la red puede tener un costo menor que usar los servicios fuera de la red, excepto los servicios de emergencia o de urgencia, o los servicios de diálisis fuera del área.

Si son médicamente necesarios, MVP ofrece reembolsos por los beneficios cubiertos, incluso si obtengo servicios fuera de la red. Los servicios autorizados por MVP y otros servicios incluidos en mi Evidencia de Cobertura de MVP (también conocida como contrato de afiliado o acuerdo de suscriptor) estarán cubiertos. Sin autorización, **ni Medicare ni MVP pagarán estos servicios.**

Entiendo que, si recibo asistencia de un agente de ventas, intermediario u otra persona empleada o contratada por MVP, esta persona puede recibir un pago por mi inscripción en MVP.

¡Deténgase! Lea Esta Información Importante

Si actualmente tiene cobertura de salud de un empleador o sindicato, su inscripción en un plan Medicare Advantage de MVP podría afectar los beneficios de salud que recibe del empleador o sindicato. Podría perder su cobertura del empleador o del sindicato si se inscribe en MVP.

Lea los comunicados que su empleador o sindicato le envíen. Si tiene preguntas, visite su sitio web o comuníquese con la oficina que se menciona en esos comunicados. Si no se proporciona información de contacto, su administrador de beneficios o la oficina que responde preguntas sobre su cobertura podrá ayudarlo.

Si desearía recibir información en un idioma distinto del inglés o en un formato accesible (braille, grabación de audio, o letra grande), llame al Centro de Servicios a los Afiliados de MVP Medicare al **1-800-665-7924**, lunes a viernes, 8 am a 8 pm. Del 1 de octubre al 31 de marzo, llame los siete días de la semana de 8 am a 8 pm. TTY: **1-800-662-1220**.

MVP Health Care Medicare Sales, 220 Alexander St., Rochester, NY 14607

