

## Formulario de petición de inscripción individual

Por favor llame a VillageCareMAX si tiene cualquier pregunta o necesita información en otro idioma o formato como braille, audio o letras grandes. Llame al 1-800-469-6292 (TTY: 711) de 8:00 am a 8:00 pm, los 7 días de la semana.

**Para inscribirse en VillageCareMAX, por favor proporcione la siguiente información:**

**Por favor, marque el plan en el cual quiere inscribirse:**

- VillageCareMAX Medicare Health Advantage (HMO-POS SNP) \$0 – \$39 al mes
- VillageCareMAX Medicare Total Advantage (HMO-POS SNP) \$0 al mes

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 de la casa: ( )	Número de teléfono alterno: ( )		
Dirección de residencia permanente (no se permiten apartados postales):					
Ciudad:	Condado:		Estado:	Código postal:	
Dirección de correo (sólo si es diferente a la dirección de residencia permanente):					
Ciudad:	Condado:	Estado:	Código postal:		
Contacto de emergencia:	Teléfono: ( )		Relación o parentesco con usted:		

**POR FAVOR PROPORCIONE INFORMACIÓN SOBRE SU 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 la tarjeta de Medicare.

- O BIEN-

- Adjunte una copia de su tarjeta de Medicare o su carta del Seguro Social o de la Junta de Retiro Ferroviario.

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

---

Número de Medicare: \_\_\_\_\_

Tiene derecho a: Fecha de entrada en vigencia:

COB. HOSPITALARIA (Parte A): \_\_\_\_\_

COB. MÉDICA (Parte B) \_\_\_\_\_

Debe tener la Parte A y la Parte B de Medicare para inscribirse en un plan Medicare Advantage.

## PAGO DE LA CUOTA DE SU PLAN

Para VillageCareMAX Medicare Total Advantage, 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 pagar por correo, todos los meses. 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, la Administración del Seguro Social se lo notificará. 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 pague el ajuste mensual relacionado con el ingreso (IRMAA) de la Parte D a VillageCareMAX Medicare Total Advantage.**

Para VillageCareMAX Medicare Health Advantage, puede pagar su cuota del plan mensual (que incluye cualquier multa por inscripción tardía que debe o podría deber) por correo cada mes. También puede seleccionar pagar su cuota con una deducción automática mensual de su cheque de beneficios del Seguro Social o de la Junta de Retiro Ferroviario (RRB).

Para VillageCareMAX Medicare Health Advantage, si se determina que tiene que pagar una cantidad ajustada mensual de la Parte D debido a sus ingresos, será notificado(a) por la Administración del Seguro Social. Usted será responsable de pagar esta cantidad adicional además de la cuota de su plan. Se le puede retener la cantidad de su cheque de beneficios del Seguro Social o enviar directamente la factura de Medicare, o de la RRB. **NO pague a VillageCareMAX Medicare Health Advantage la Parte D-IRMAA.**

Personas con ingresos limitados pueden calificar para ayuda adicional para pagar los costos de sus medicamentos de receta. Si usted califica, Medicare podría pagar el 75% o más de los costos de sus medicamentos incluyendo cuotas por recetas médicas mensuales, deducibles anuales y coaseguro. Además, aquéllos que califican no estarán sujetos al período sin cobertura o multa por inscripción tardía. Muchas personas son elegibles para estos ahorros y no lo saben. Para más información sobre esta ayuda adicional, comuníquese con la oficina local del Seguro Social o llame al Seguro Social al 1-800-772-1213. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-800-325-0778. También puede solicitar la ayuda adicional a través del sitio de Internet [www.socialsecurity.gov/prescriptionhelp](http://www.socialsecurity.gov/prescriptionhelp).

Si usted califica para ayuda adicional con los costos de cobertura de Medicare de sus medicamentos de receta, Medicare le pagará toda o parte de su plan. Si Medicare paga sólo una parte de esta cuota, nosotros le enviaremos la factura por la cantidad que no cubre Medicare.

Si usted no selecciona una opción de pago, recibirá una factura cada mes.

**Por favor, seleccione una opción para el pago de la cuota del plan:**

- Recibir una factura
- Deducción automática de su cheque de beneficios del Seguro Social o de la Junta de jubilación para ferroviarios (RRB).
- Recibo beneficios mensuales de:  Seguro Social  RRB

(Puede tomar dos meses o más para comenzar la deducción después que el Seguro Social o la RRB aprueban la deducción. En la mayoría de los casos, si el Seguro Social o la RRB aceptan su solicitud de deducción automática, la primera deducción de su cheque de beneficios del Seguro Social o de la RRB incluirá todas las cuotas que deba de su inscripción desde la fecha que entra en vigencia hasta que comience la retención. Si el Seguro Social o la RRB no aprueban su solicitud para deducción automática, le enviaremos una factura por sus cuotas mensuales.)

**POR FAVOR LEA Y RESPONDA A ESTAS IMPORTANTES PREGUNTAS:**

1. ¿Tiene usted la Enfermedad Renal Terminal?  Sí  No  
Si ha tenido un trasplante de riñón exitoso y/o si ya no necesita diálisis con regularidad, **por favor adjunte una nota o expedientes** de su doctor que muestren que su trasplante de riñón fue exitoso o que usted ya no necesita diálisis, de lo contrario es posible que tengamos que comunicarnos con usted para obtener información adicional.

2. Algunas personas pueden tener otra cobertura de medicamentos, incluyendo seguro privado, TRICARE, cobertura de beneficios médicos de empleados federales, beneficios para veteranos (VA) o programas estatales de ayuda farmacéutica.  
¿Va a tener otra cobertura de medicamentos recetados además de VillageCareMAX?  Sí  No  
Si la respuesta es “Sí”, por favor, haga una lista de sus otras coberturas y el (los) número(s) de identificación para esta cobertura:

Nombre de la otra cobertura: \_\_\_\_\_ Número de identificación de la cobertura: \_\_\_\_\_ Número de grupo de la cobertura: \_\_\_\_\_

3. ¿Es usted residente de una institución de cuidados a largo plazo, como un asilo de ancianos?  Sí  No  
Si respondió “Sí”, por favor proporcione la siguiente información:  
Nombre de la institución: \_\_\_\_\_  
Dirección y teléfono de la institución (número y nombre de la calle): \_\_\_\_\_

4. ¿Está inscrito en un programa estatal de Medicaid?  Sí  No  
Si respondió “Sí”, por favor proporcione su número de Medicaid: \_\_\_\_\_

5. ¿Trabaja usted o su esposo(a)?  Sí  No

6. **VillageCareMAX Medicare Health Advantage (HMO-POS SNP):** Por favor marque si es pertinente   
¿Es elegible para la asistencia de costos compartidos bajo Medicaid del Estado de Nueva York?  
 Sí  No

7. **VillageCareMAX Medicare Total Advantage (HMO-POS SNP):** Por favor marque si es pertinente   
Por favor indique si cumple con todos los siguientes requisitos: 1) Si es elegible para la cobertura completa de Medicaid del Estado de Nueva York; 2) Es mayor de 18 años; y 3) usted es elegible para el nivel de cuidado en el hogar de ancianos y requiere servicios de atención a largo plazo basados en la comunidad o basados en la instalación por más de 120 días según la evaluación realizada por la enfermera registrada en VillageCareMAX  
 Sí  No

**Por favor, seleccione el nombre de un médico de cuidado primario (PCP), clínica o centro de salud:**

Nombre: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ NPI: \_\_\_\_\_

**Por favor, marque una de las casillas a continuación si prefiere que le enviemos información en un idioma que no sea el inglés o en otro formato:**

- Chino  Inglés  
 Braille  Cinta de audio  Letras grandes

Por favor, comuníquese con VillageCareMAX al 1-800-469-6292 si necesita información en otro formato o idioma además de los que se incluyeron anteriormente. Nuestro horario de atención es de 8:00 am a 8:00 pm, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.



## POR FAVOR LEA ESTA INFORMACIÓN IMPORTANTE

**Si actualmente tiene cobertura en VillageCareMAX puede afectar su cobertura médica de su empleador que le envían su empleador o sus comunicaciones. Si no hay información en la oficina que responde preguntas sobre**

[Type a quote from the document or the summary of an interesting point. You can position the text box anywhere in the document. Use the Text Box Tools tab to change the formatting of the pull quote text box.]

**o, inscribirse en el plan indicado. Usted puede perder la cobertura de VillageCareMAX. Lea las comunicaciones de su empleador o llame a la oficina que aparece en el administrador de sus beneficios o la oficina de atención al cliente.**

**Por favor, lea y firme a continuación**

### **Al llenar esta solicitud de inscripción, estoy de acuerdo con lo siguiente:**

VillageCareMAX es un plan Medicare Advantage y tiene un contrato con el gobierno federal. Voy a tener que mantener la cobertura de las Partes A y B de Medicare. Solamente puedo estar en un solo plan de Medicare Advantage a la vez y entiendo que mi inscripción en este plan automáticamente termina mi inscripción en otro plan médico o plan de medicamentos de receta de Medicare. Es mi responsabilidad informarles acerca de cualquier cobertura de medicamentos de receta que tenga ahora o que pueda tener en el futuro. La inscripción en este plan, por lo general, es por todo el año. Una vez que me inscriba, puedo salirme de este plan o hacer cambios si el período de inscripción está disponible (por ejemplo, del 15 de octubre al 7 de diciembre de cada año), o bajo ciertas circunstancias especiales.

VillageCareMAX proporciona servicio a un área específica. Si me mudo fuera del área en que VillageCareMAX proporciona servicio, necesito notificar al plan de manera que pueda darme de baja y encontrar un nuevo plan en el área nueva. Desde el momento en que sea miembro de VillageCareMAX, tengo el derecho de apelar cualquier decisión del plan sobre pagos o servicios, si estoy en desacuerdo. Leeré el documento de la Evidencia de Cobertura de VillageCareMAX cuando lo reciba para saber cuáles reglas debo seguir para obtener cobertura con este plan de Medicare Advantage. Entiendo que las personas con Medicare por lo general no tienen cobertura de Medicare cuando están fuera del país excepto por cobertura limitada cerca de la frontera de Estados Unidos.

Entiendo que a partir de la fecha en que comienza la cobertura de VillageCareMAX, debo obtener todos mi atención médica de VillageCareMAX, excepto en casos de emergencia o cuando necesite servicios de urgencia o servicios de diálisis fuera del área. Los servicios autorizados por VillageCareMAX y otros servicios incluidos en mi documento de Evidencia de Cobertura de VillageCareMAX (también conocido como contrato del miembro o acuerdo de subscriptor) tendrán cobertura. Sin autorización, **NI MEDICARE NI VillageCareMAX PAGARÁN POR LOS SERVICIOS.**

Entiendo que si estoy recibiendo asistencia de algún agente de ventas, agente de seguros o cualquier otra persona empleada por o contratada por VillageCareMAX, él/ella puede recibir pagos basados en mi inscripción en VillageCareMAX.

**Divulgación de información:** Al inscribirme en este plan médico de Medicare, entiendo que VillageCareMAX dará a conocer mi información a Medicare y a otros planes en caso de que sea necesario debido a tratamiento, pagos y servicios médicos. También, entiendo que VillageCareMAX dará a conocer mi información que incluya datos sobre mis medicamentos de receta a Medicare, que puede darla a conocer para estudios y otros propósitos que sigan todos los estatutos y reglamentos federales aplicables. La información en este formulario de inscripción es correcta hasta donde tengo conocimiento. Entiendo que si, de manera intencional, proporciono información falsa en este formulario, se me dará de baja del plan.

Entiendo que mi firma (o la firma de la persona autorizada a actuar en mi nombre de acuerdo a la ley del estado en el que vivo) en esta solicitud significa que he leído y entendido su contenido. Si lo firma una persona autorizada (tal como se explicó antes), esta firma certifica que: 1) Esta persona está autorizada bajo la ley del estado a llenar esta inscripción y 2) los documentos de esta autorización están disponibles en Medicare, si se solicitan.	
<b>Firma:</b> _____	<b>Fecha de hoy:</b> _____
Si usted es el representante autorizado, debe firmar arriba y proporcionar la siguiente información:	
<b>Nombre:</b> _____	
<b>Dirección:</b> _____	
<b>Teléfono:</b> (        ) _____ <b>Parentesco con la persona inscrita</b> _____	
<b><u>Office Use Only:</u></b>	
Name of staff member/agent/broker (if assisted in enrollment): _____	
Plan ID #: _____	
Effective Date of Coverage: _____	
ICEP/IEP: _____ AEP: _____ SEP (type): _____ Not Eligible: _____	
Staff member/agent/broker application receive date: _____	

VillageCareMAX es un plan HMO-POS con un contrato de Medicare. El Plan Medicare Total Advantage (HMO-POS SNP) de VillageCareMAX tiene un contrato con Medicaid del Estado de Nueva York. Medicare Health Advantage (HMO-POS SNP) de VillageCareMAX tiene un Acuerdo de Coordinación de Beneficios con el Departamento de Salud del Estado de Nueva York. La inscripción a VillageCareMAX depende de la renovación del contrato.

Debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare. La prima de la Parte B de Medicare y el coaseguro están cubiertos para los miembros doblemente elegibles con cobertura completa de Medicaid. La prima, los copagos, el coaseguro y los deducibles pueden variar en base al nivel de Ayuda Adicional que reciba. Es posible que los beneficios, las primas y/o los copagos o el coaseguro cambien el 1° de enero de cada año. Contacte al plan para más información.

VillageCareMAX cumple con las leyes federales de derechos civiles. VillageCareMAX no excluye a las personas ni las trata de forma diferente debido a su origen étnico, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

ATTENTION: Language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-800-469-6292 (TTY: 711).

ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia en su idioma. Llame al 1-800-469-6292 (TTY: 711). 注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電1-800-469-6292 (TTY: 711)。