

---

**FORMULARIO DE SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN INDIVIDUAL PARA INSCRIBIRSE EN UN PLAN DE MEDICAMENTOS CON RECETA DE MEDICARE ADVANTAGE (MAPD)**

---

**¿Quién puede utilizar este formulario?**

Las personas con Medicare que quieran inscribirse en un plan de medicamentos con receta de Medicare Advantage (MAPD).

**Para inscribirse en un plan, usted debe cumplir con lo siguiente:**

- Ser ciudadano de los Estados Unidos o tener presencia legal en los Estados Unidos.
- Vivir en el área de servicio del plan.

**Importante:** Para inscribirse en un plan Medicare Advantage, también debe tener las dos partes siguientes:

- Parte A de Medicare (seguro hospitalario)
- Parte B de Medicare (seguro médico)

**¿Cuándo utilizo este formulario?**

Puede inscribirse en un plan en los siguientes momentos:

- Entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre, todos los años (para la cobertura que comienza a partir del 1 de enero).
- En el plazo de 3 meses desde que obtiene Medicare por primera vez.
- En ciertas situaciones en las que pueda inscribirse o cambiarse de plan.

Visite [Medicare.gov](https://www.Medicare.gov) para obtener más información sobre cuándo puede inscribirse en un plan.

**¿Qué necesito para completar este formulario?**

- Su número de Medicare (el número en su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare).
- Su dirección y número de teléfono permanentes.

**Nota:** Debe completar todos los puntos de la Sección 1. Los puntos de la Sección 2 son opcionales; no se le puede denegar la cobertura por no completarlos.

**Personas sin hogar**

Si desea inscribirse en un plan, pero no tiene una residencia permanente, puede considerar como su dirección de residencia permanente una casilla de correo postal, la dirección de un refugio o clínica, o la dirección donde recibe el correo postal (p. ej., los cheques del Seguro Social).

**Recordatorios:**

- Si desea inscribirse en un plan durante la inscripción abierta de otoño (del 15 de octubre al 7 de diciembre), el plan debe recibir su formulario completo antes del 7 de diciembre.
- Su plan le enviará una factura por la prima del plan. Puede elegir registrarse para que los pagos de la prima se deduzcan de su cuenta bancaria o su beneficio mensual del Seguro Social (o de la Junta de Jubilación para Ferroviarios).

**¿Qué sucede después?**

Envíe el formulario completo y firmado a:

**Elderplan Inc.**

Attention: Member Operations

6323 7<sup>th</sup> Avenue

Brooklyn, NY 11220

Una vez que procesen su solicitud de inscripción, se pondrán en contacto con usted.

**¿Cómo obtengo ayuda con este formulario?**

Llame a Servicios para los Miembros de Elderplan al 1-800-353-3765. Los usuarios de TTY pueden llamar al 711. O bien, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048. **En español:** Llame a Elderplan al 1-800-353-3765/ TTY 711 o a Medicare gratis al 1-800-633-4227 y oprima el 2 para asistencia en español y un representante estará disponible para asistirle.

De acuerdo con la Ley de Reducción de Trámites de 1995, ninguna persona debe responder a una recopilación de información, a menos que en esta se muestre un número de control válido de la Oficina de Administración y Presupuesto (OMB). El número de control válido de la OMB para esta recopilación de información es 0938-1378. Se estima que el tiempo promedio necesario para completar esta información es de 20 minutos por respuesta, incluido el tiempo para revisar las instrucciones, buscar fuentes de datos existentes, recabar los datos necesarios, y completar y revisar la recopilación de la información. Si tiene algún comentario con respecto a la precisión de los cálculos de tiempo o sugerencias para mejorar este formulario, escríbanos a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

**IMPORTANTE**

**No envíe este formulario o cualquier documento con su información personal (como reclamaciones, pagos, registros médicos, etc.) a la Oficina de Aprobación de Informes de la Ley de Reducción de Papel (PRA). Todo documento que recibamos que no sea sobre cómo mejorar este formulario o su carga de recopilación (descrito en OMB 0938-1378) será destruido. No se guardará, revisará, ni reenviará al plan. Consulte “¿Qué sucede después?” en esta página para enviar su formulario completo al plan.**

**Sección 1: todos los campos en esta página son obligatorios (a menos que estén marcados como opcionales)**

**Seleccione el plan en el que quiere inscribirse:**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> <b>Elderplan</b> for Medicaid Beneficiaries (HMO D-SNP) – \$38.90 por mes<br><input type="checkbox"/> <b>Elderplan</b> Advantage for Nursing Home Residents (HMO I-SNP) – \$38.90 por mes<br><input type="checkbox"/> <b>Elderplan</b> Plus Long-Term Care (HMO D-SNP) – \$0.00 por mes | <input type="checkbox"/> <b>Elderplan</b> Extra Help (HMO) – \$38.90 por mes<br><input type="checkbox"/> <b>Elderplan</b> Assist (HMO IE-SNP) – \$38.00 por mes<br><input type="checkbox"/> <b>Elderplan</b> Flex (HMO) – \$0.00 por mes |
|--|--|

Elija uno de los siguientes beneficios **adicionales seleccionados:**

- Productos de venta libre (OTC)  
 O  
 Transporte

Nombre: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_ Opcional: inicial del 2.º nombre: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento:  
(MM/DD/AAAA)

( \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_ )

Sexo:

- Hombre  
 Mujer

Número de teléfono particular:

(       )

Número de teléfono celular:

(       )

Dirección de residencia permanente (no ingrese la casilla de correo):

Ciudad:

Opcional: Condado:

Estado:

Código postal:

Dirección postal, si es distinta de la dirección permanente (se permite casilla de correo):

Dirección:

Ciudad:

Estado:

Código postal:

¿Tiene un correo electrónico? Si la respuesta es sí: \_\_\_\_\_

**Su información de Medicare:**

Número de Medicare:

\_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

**Responda estas preguntas importantes:**

¿Tendrá otra cobertura para medicamentos con receta (como VA, TRICARE) además de Elderplan?

- Sí     No

Nombre de la otra cobertura:    Número de miembro para esta cobertura:    Número de grupo para esta cobertura:

\_\_\_\_\_    \_\_\_\_\_    \_\_\_\_\_

**Para inscribirse en Elderplan Special Need Plan, debe cumplir con los criterios que se mencionan abajo y vivir en las áreas de servicio de nuestro plan:**

¿Está inscrito en el programa New York State Medicaid?  Sí  No

Si la respuesta es “Sí”, proporcione su número de New York State Medicaid: \_\_\_\_\_

- **Elderplan for Medicaid Beneficiaries (HMO D-SNP): debe tener derecho a Medicare y al programa New York State Medicaid; debe ser elegible para la cobertura de Medicaid y cumplir con los requisitos de elegibilidad para la inscripción en Elderplan for Medicaid Beneficiaries. El tipo de beneficios de Medicaid que recibe está determinado por el estado de New York y puede variar según su ingreso y recursos.**

¿Es elegible para recibir la asistencia con el costo compartido de Medicare a través de New York State Medicaid?  Sí  No

- **Elderplan Plus Long-Term Care (HMO D-SNP): debe tener derecho a Medicare y al programa New York State Medicaid; debe ser elegible para los beneficios totales de Medicaid y cumplir con los requisitos de elegibilidad para la inscripción en Elderplan Plus Long-Term Care. El tipo de beneficios de Medicaid que recibe está determinado por el estado de New York y puede variar según su ingreso y recursos.**

Indique si cumple con todos los siguientes requisitos. 1) Reúne los requisitos para recibir la cobertura completa del programa New York State Medicaid, 2) tiene 18 años o más y 3) considera que reúne los requisitos para recibir el nivel de atención en un asilo de ancianos, es capaz de permanecer en su hogar de manera segura y necesita administración de la atención y atención en el hogar o servicios de atención diurna durante 120 días continuos o más.  Sí  No

**Para inscribirse en Elderplan Special Need Plan, debe cumplir con los criterios que se mencionan abajo y vivir en las áreas de servicio de nuestro plan:**

- **Elderplan Advantage for Nursing Home Residents (HMO I-SNP): debe vivir en un asilo de ancianos institucional que tenga un contrato con Elderplan Special Need Plan.**

¿Reside o planea residir en un centro de atención de enfermería contratado dentro del área de servicio?

Sí No

¿Reside en un centro de atención a largo plazo, como un asilo de ancianos?  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): \_\_\_\_\_

- **Elderplan Assist (HMO IE-SNP): su residencia actual debe ser un centro de vivienda asistida y también debe recibir el nivel de atención de un asilo de ancianos.**

¿Reside o planea residir en un centro de atención de enfermería contratado dentro del área de servicio?

Sí No

O bien,

¿Vive en su hogar, y el estado de Nueva York ha certificado que necesita un tipo de atención que se brinda, generalmente, en un asilo de ancianos?  Sí  No

¿Reside en un centro de atención a largo plazo, como un asilo de ancianos?  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): \_\_\_\_\_

**IMPORTANTE: Lea y firme a continuación:**

- Debo mantener el seguro hospitalario (Parte A) y el seguro médico (Parte B) para permanecer en Elderplan.
- Al inscribirme en este plan de medicamentos con receta de Medicare Advantage, reconozco que Elderplan compartirá mi información con Medicare, que podrá usarla para realizar un seguimiento de mi inscripción, hacer pagos, y para otros fines permitidos por la ley federal que autoriza la recopilación de esta información (consulte la Declaración de Ley de Privacidad abajo). Su respuesta a este formulario es voluntaria. Sin embargo, si no responde, su inscripción en el plan puede verse afectada.
- Comprendo que puedo estar inscrito en un solo plan de MA a la vez, y que la inscripción en este plan cancelará automáticamente mi inscripción en otro plan de MA (se aplican excepciones para el plan privado de pago por servicio (PFFS) de MA o el plan de cuenta de ahorro para gastos médicos (MSA) de MA).
- Comprendo que, cuando comience mi cobertura de Elderplan, debo recibir todos los beneficios de atención médica y de medicamentos con receta de parte de Elderplan. Estarán cubiertos los beneficios y servicios proporcionados por Elderplan e incluidos en el documento “Evidencia de cobertura” de Elderplan (también conocido como contrato del miembro o acuerdo del suscriptor). Ni Medicare ni Elderplan pagarán beneficios o servicios que no estén cubiertos.
- A mi leal saber y entender, la información contenida en este formulario de inscripción es correcta. Comprendo que, si proporciono intencionalmente información falsa en este formulario, se cancelará mi inscripción en el plan.
- Comprendo que mi firma (o la firma de la persona legalmente autorizada para actuar en mi nombre) en esta solicitud implica que he leído y comprendo el contenido de esta solicitud. Si un representante autorizado (tal como se describió anteriormente) firma la solicitud, esta firma certifica lo siguiente:
  - 1) Esta persona está autorizada por la ley estatal para completar esta inscripción.
  - 2) La documentación de esta autorización está disponible a solicitud de Medicare.

**Firma:****Fecha de hoy:**

Si usted es el representante autorizado, firme arriba y complete estos campos:

Nombre:

Dirección:

Número de teléfono:

Relación con el inscrito:

**Nombre del agente:****Fecha de entrada en vigencia de la inscripción:**

**Sección 2: todos los campos en esta página son opcionales****Responder estas preguntas es su decisión. No le pueden denegar la cobertura por no completarlas.**

Seleccione una opción si desea que le enviemos información en otro idioma que no sea inglés.

- 
- Español
- 
- Chino
- 
- Otro \_\_\_\_\_

¿Cuál es su idioma de habla preferido? Seleccione una opción:

- 
- Inglés
- 
- Español
- 
- Chino
- 
- Otro \_\_\_\_\_

¿Cuál es su raza? Seleccione todas las opciones que correspondan:

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Chino                      | <input type="checkbox"/> Blanco                             | <input type="checkbox"/> Samoano                          |
| <input type="checkbox"/> Coreano                    | <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano              | <input type="checkbox"/> Guameño o chamorro               |
| <input type="checkbox"/> Japonés                    | <input type="checkbox"/> Nativo de Hawai                    | <input type="checkbox"/> Nativo de otra isla del Pacífico |
| <input type="checkbox"/> Filipino                   | <input type="checkbox"/> Indio americano o nativo de Alaska |   |
| <input type="checkbox"/> Vietnamita                 | <input type="checkbox"/> Indio asiático                     |   |
| <input type="checkbox"/> <b>Elijo no responder.</b> | <input type="checkbox"/> Otro asiático                      |   |

¿Es usted hispano, latino o de origen español? Seleccione todas las opciones que correspondan:

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> No, no soy hispano, latino o de origen español           | <input type="checkbox"/> Sí, soy puertorriqueño     |
| <input type="checkbox"/> Sí, soy otro tipo de hispano, latino o de origen español | <input type="checkbox"/> Sí, soy cubano             |
| <input type="checkbox"/> Sí, soy mexicano, mexicano-estadounidense, chicano       | <input type="checkbox"/> <b>Elijo no responder.</b> |

Seleccione una opción si desea que le enviemos información un formato accesible.

- 
- Braille
- 
- Tamaño de letra grande
- 
- CD de audio

Comuníquese con Elderplan al 1-800-353-3765 si necesita información en un formato accesible distinto de los antes mencionados. Nuestro horario de atención es de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY pueden llamar al 711.

¿Usted trabaja?  Sí  No¿Su cónyuge trabaja?  Sí  No

Mencione su médico de atención primaria (PCP), clínica o centro de salud:

Deseo recibir los siguientes materiales por correo electrónico. Seleccione una o más opciones.

- 
- Resumen de beneficios
- 
- Evidencia de cobertura
- 
- Aviso anual de cambios
- 
- 
- Directorios de proveedores y farmacias
- 
- Formularios

Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

### Cómo pagar las primas del plan

Puede pagar la prima mensual del plan, incluso la multa por inscripción tardía que tenga actualmente o que adeude, todos los meses por correo, “transferencia electrónica de fondos (EFT)” o “tarjeta de crédito”. **También puede elegir pagar la prima todos los meses mediante deducción automática de su beneficio del Seguro Social o de la Junta de Jubilación para Ferroviarios (RRB).**

**Si tiene que pagar un monto de ajuste mensual relacionado con el ingreso de la Parte D (IRMAA de la Parte D), deberá pagar este monto adicional además de la prima de su plan. NO le pague a Elderplan el IRMAA de la Parte D.**

#### Elija una opción de pago de la prima:

- Recibir una factura.
- Transferencia electrónica de fondos (EFT) de su cuenta bancaria todos los meses. Adjunte un cheque ANULADO o proporcione la siguiente información:
- Nombre del titular de la cuenta: \_\_\_\_\_
- Número de enrutamiento del banco: \_\_\_\_\_
- Número de la cuenta bancaria: \_\_\_\_\_
- Tipo de cuenta:  De cheques  De ahorros
- Tarjeta de crédito. Proporcione la siguiente información:
- Tipo de tarjeta: \_\_\_\_\_
- Nombre del titular de la cuenta como aparece en la tarjeta: \_\_\_\_\_
- Número de cuenta: \_\_\_\_\_
- Fecha de vencimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (MM/AAAA)
- Deducción automática de su cheque de beneficios mensuales del Seguro Social o de la Junta de Jubilación para Ferroviarios (RRB).
- Obtengo beneficios mensuales de:  Seguro Social  Junta de jubilación para ferroviarios (RRB)
- (La deducción del Seguro Social o la RRB puede demorarse hasta dos meses o más en comenzar luego de que el Seguro Social o la RRB aprueben la deducción. En la mayoría de los casos, si el Seguro Social o la RRB aceptan su solicitud de deducción automática, el primer descuento del cheque de beneficios del Seguro Social o la RRB incluirá todas las primas adeudadas desde la fecha de entrada en vigencia de la inscripción hasta el momento en que comiencen las retenciones. Si el Seguro Social o la RRB no aprueban su solicitud de deducción automática, le enviaremos una factura en papel para sus primas mensuales).

### DECLARACIÓN DE LEY DE PRIVACIDAD

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) recopilan información de los planes de Medicare para realizar un seguimiento de la inscripción de beneficiarios en planes Medicare Advantage (MA) o planes de medicamentos con receta (PDP), para mejorar la atención y para el pago de beneficios de Medicare. Las Secciones 1851 de la Ley del Seguro Social y las Secciones 422.50 y 422.60 del Título 42 del Código de Regulaciones Federales (CFR) autorizan la recopilación de esta información. Los CMS pueden utilizar, divulgar e intercambiar datos de inscripción de beneficiarios de Medicare según lo especificado en el Aviso sobre el Sistema de Registros (SORN) “Medicamentos con receta de Medicare Advantage (MARx)”, sistema n.º 09-70-0588. Su respuesta a este formulario es voluntaria. Sin embargo, si no responde, su inscripción en el plan puede verse afectada.