

# Aplicación de Solicitud de Cobertura Individual 2021

## Cobertura Médica de MVP Health Care® Medicare Advantage



### Región de Hudson Valley

#### ¿Quién puede usar este formulario?

Personas con Medicare que desean inscribirse en una cobertura 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.º 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 dirección permanente y número de teléfono

Debe completar todos los puntos de los pasos 1 a 8, a menos que se indique lo contrario.

#### 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
- 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 Medicare Enrollment  
MVP Health Care  
220 Alexander St.  
Rochester NY 14607-4002**

Una vez que 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 1-800-662-1220.

También puede llamar 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: 1-800-662-1220), or Medicare toll-free at **1-800-633-4227** and a representative will be available to assist you in English.

#### 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.

# Aplicación de Solicitud de Cobertura Individual 2021

## Cobertura Médica de MVP Health Care® Medicare Advantage



### Región de Hudson Valley

Complete los Pasos 1 a 8. Complete una solicitud de cobertura por solicitante.

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

<input type="checkbox"/> MVP® Medicare WellSelect® con Part D (PPO)	\$0 de prima mensual
<input type="checkbox"/> MVP Medicare Secure con Part D (HMO-POS)	\$40.00 de prima mensual
<input type="checkbox"/> MVP Medicare Preferred Gold sin Part D (HMO-POS)	\$62.00 de prima mensual
<input type="checkbox"/> MVP Medicare Secure Plus con Part D (HMO-POS)	\$90.00 de prima mensual
<input type="checkbox"/> MVP® Medicare WellSelect® Plus con Part D (PPO)	\$125.00 de prima mensual
<input type="checkbox"/> MVP Medicare Preferred Gold con Part D (HMO-POS)	\$140.00 de prima mensual
<input type="checkbox"/> Cláusula adicional dental complementaria opcional	\$28.00 de prima mensual

#### Paso 2: Proporcione 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 Permanente Dirección (no se permiten casillas postales)	Número de Teléfono Preferido ( )
--	-------------------------------------

Ciudad	Estado	Código Postal	Condado
--------	--------	---------------	---------

Dirección Postal (únicamente si es diferente a su domicilio permanente)	Ciudad	Estado	Código Postal
---	--------	--------	---------------

Nº de Asegurado de MVP (si es asegurado actual de MVP Medicare)

#### Paso 3: Su Información de Medicare

Su Número de Medicare     -    -

#### Paso 4: Proporcione el Nombre de Su Médico de Cabecera (PCP, en inglés)

Los miembros de los planes WellSelect® y WellSelect® Plus no están obligados a completar este paso.

Nombre Completo del PCP	¿Es usted un paciente existente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
-------------------------	---

## Paso 5: Seleccione Cómo Pagará la Prima de Su Cobertura

Seleccione el método de pago a continuación para su prima mensual o cualquier multa por solicitud de cobertura tardía que pueda adeudar. **Si no selecciona una opción de pago, recibirá una factura de MVP todos los meses.**

- Deseo recibir una factura mensual** (una vez asegurado, puede registrarse para una cuenta en línea de MVP y pagar su factura en línea).
- Deducir automáticamente mi prima** de mi cheque mensual de beneficios del Seguro Social.\*
- Deducir automáticamente mi prima** de mi cheque mensual de beneficios de la Junta de Retiro Ferroviario.\*

\*La primera deducción automática puede tardar varios meses en comenzar. Continúe pagando su factura hasta que comience la deducción.

La Administración del Seguro Social le informará si es necesario que pague un monto de ajuste mensual según sus ingresos para la Parte D (Parte D-IRMAA). Usted será responsable de pagar este monto adicional, además de la prima de su cobertura. El monto adicional se retendrá de su cheque de beneficios del Seguro Social, o bien, Medicare o la Junta de Retiro Ferroviario le facturarán directamente. No pague a MVP el IRMAA de la Parte D.



Si cumple con los requisitos para recibir el Beneficio Adicional para cubrir los costos de la cobertura de medicamentos con receta de Medicare, Medicare pagará la totalidad o parte de la prima de su cobertura médica. Si Medicare paga solo una parte de esta prima, MVP le facturará el monto que Medicare no cubra.

## Paso 6: 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 otra cobertura de medicamentos, incluso otro seguro privado, TRICARE, una cobertura médica para empleados federales, beneficios de la Administración para veteranos o EPIC (NY) o V-Pharm (VT).  
Si la respuesta es **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. ¿Está inscrito en el programa Medicaid de su estado?  Sí (Su Nº de Medicaid \_\_\_\_\_)  No
3. ¿Usted o su cónyuge trabajan?  Sí  No
4. ¿Ha servido en las fuerzas armadas?  Sí  No
5. Salvo que la ley lo prohíba de otro modo, doy mi consentimiento para la recepción de la información electrónica comunicaciones relacionadas con mi plan de salud de MVP a la dirección de correo electrónico que proporcioné. Entiendo que tengo derecho a recibir documentos impresos y que puedo establecer y cambiar mis preferencias de comunicación en cualquier momento iniciando sesión en **mvphealthcare.com** y seleccionando *Communication Preferences*. He leído y acepto los detalles descritos en la MVP's *Electronic Communications Disclosure*, que está disponible en **mvphealthcare.com** o llamando a MVP al **1-800-TALK-MVP** (1-800-825-5687).

Dirección de Correo Electrónico Preferida

Llame a Atención al Cliente de MVP Medicare al **1-800-665-7924** si necesita información en un idioma que no sea inglés, o en un formato accesible. Llame de lunes a viernes, de 8 am a 8 pm. el 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.

## Paso 7: De las Afirmaciones a Continuación, Seleccione Su Motivo para Solicitar Cobertura

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 siguientes afirmaciones y marque la casilla si la afirmación corresponde a su caso.** Al marcar alguna de las siguientes 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 asegurado en una cobertura de Medicare Advantage y deseo hacer un cambio durante el Período de inscripción abierta de Medicare Advantage.
- Dejaré la cobertura del empleador o del sindicato el (fecha) \_\_\_\_\_.
- Tengo Medicare y Medicaid (o el estado ayuda a pagar mis primas de Medicare) o recibo el Beneficio Adicional para pagar mi cobertura de medicamentos recetados de Medicare pero no se han producido cambios.
- Participo en un programa de ayuda de farmacia que brinda mi estado,, EPIC (NY) o V-Pharm (VT).
- 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 (date) \_\_\_\_\_.
- 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 Beneficio Adicional que paga mi cobertura de medicamentos con receta de Medicare (obtención reciente del Beneficio Adicional o pérdida del Beneficio Adicional) el (fecha) \_\_\_\_\_.
- 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) \_\_\_\_\_.
- Sufrí una emergencia climática o catástrofe (según lo declarado por la Agencia Federal de Control de Emergencias [Federal Emergency Management Agency, FEMA]). Una de las otras afirmaciones que aparecen en este documento correspondía a mi caso, pero no pude solicitar cobertura debido al desastre natural.
- Mi cobertura vigente ha sido colocada en administración judicial.
- 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.
- Ninguna de estas afirmaciones se me aplica. Comuníquese con MVP para ver si es elegible para solicitar cobertura. Llame al **1-800-324-3899** de lunes a viernes, de 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)

## Paso 8: Lea lo Siguiente y Proporcione 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 página 1).
- 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.
- 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.

Firma

Fecha de Hoy

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

Nombre

Parentesco con el Solicitante

Dirección

Número de Teléfono Preferido  
(       )

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

## 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.