

Certificación de Elegibilidad para Período de Inscripción

Por lo general, usted puede inscribirse en un plan Medicare Advantage únicamente durante el período de inscripción anual, que es del 15 de octubre al 7 de diciembre. Sin embargo, hay excepciones que pueden permitirle inscribirse en un plan Medicare Advantage fuera de ese período.

Por favor, lea a continuación detenidamente y marque la casilla que corresponda. Al marcar alguna de las siguientes casillas, está certificando que, a su leal saber y entender, usted es elegible para el período de inscripción. Si posteriormente descubrimos que esta información es incorrecta, su inscripción puede ser cancelada.

- ☐ Soy nuevo en Medicare.
- ☐ Estoy inscrito en un plan Medicare Advantage y quiero hacer un cambio durante el período de inscripción abierta de Medicare Advantage (MA OEP).
- ☐ Estoy en un plan Medicare Advantage y he tenido Medicare por menos de 3 meses, y quiero hacer un cambio.
- ☐ Recientemente me mudé fuera del área de servicio de mi plan actual, o recientemente me mudé y tengo nuevas opciones disponibles. Me mudé el (anotar fecha: MM/DD/AAAA) (_ _ / _ _ / _ _).
- ☐ Recientemente salí de prisión. Fui excarcelado el (anotar fecha) (_ _ / _ _ / _ _).
- ☐ Recientemente regresé a Estados Unidos de América, después de haber vivido en el exterior por un tiempo prolongado. Regresé a EE. UU. el (anotar fecha) (_ _ / _ _ / _ _).
- ☐ Recientemente obtuve mi estatus legal en EE. UU. Obtuve este estatus el (anotar fecha) (_ _ / _ _ / _ _).
- ☐ Recientemente hubo un cambio en mi situación de Medicaid (obtuve Medicaid hace poco, tuve un cambio en el nivel de asistencia de Medicaid o perdí Medicaid) el (anotar fecha) (_ _ / _ _ / _ _).
- ☐ Recientemente hubo un cambio en Extra Help para pagar la cobertura de medicamentos recetados de Medicare (obtuve Extra Help hace poco, tuve un cambio en el nivel de Extra Help o perdí Extra Help) el (anotar fecha) (_ _ / _ _ / _ _).
- ☐ Tengo Medicare y recibo los beneficios completos de Medicaid. Quiero inscribirme o cambiarme a un plan que coordine la cobertura entre mis planes de atención administrada de Medicare y Medicaid (conocido como Plan para Necesidades Especiales con Doble Elegibilidad [D-SNP] integrado).
- ☐ Voy a vivir en, vivo en o recientemente me fui de un centro de atención a largo plazo (por ejemplo, un hogar de ancianos). Me mudé o me mudaré al/del centro de atención el (anotar fecha) (_ _ / _ _ / _ _).
- ☐ Recientemente abandoné un programa de PACE el (anotar fecha) (_ _ / _ _ / _ _).
- ☐ Recientemente perdí sin querer mi cobertura de medicamentos recetados acreditada (una cobertura tan buena como la de Medicare). Perdí la cobertura de medicamentos recetados el (anotar fecha) (_ _ / _ _ / _ _).
- ☐ Abandonaré la cobertura de mi empleador o sindicato el (anotar fecha) (_ _ / _ _ / _ _).

- ☐ Estoy en un programa estatal calificado de asistencia farmacéutica o perderé el apoyo de un programa estatal de asistencia farmacéutica.
- ☐ Perdí mi cobertura porque Medicare terminó su contrato con mi plan. Recibí una carta de Medicare que decía que puedo inscribirme en otro plan.
- ☐ Estuve inscrito en un plan de Medicare (o estatal) y quiero elegir otro plan. Mi inscripción en ese plan inició el (anotar fecha) (_ _ / _ _ / _ _).
- ☐ Estuve inscrito en un Plan de Necesidades Especiales (SNP), pero ya no reúno los requisitos de necesidades especiales para seguir en el plan. Mi inscripción en el SNP fue cancelada el (anotar fecha) (_ _ / _ _ / _ _).
- ☐ Fui afectado por una emergencia o desastre mayor (según declaración de la Agencia Federal de Manejo de Emergencias [FEMA] o de una entidad gubernamental federal, estatal o local) y no pude hacer mi solicitud de inscripción debido a eso.
- ☐ Soy nuevo en Medicare y me notificaron que recibiría Medicare después de que la cobertura de mi Parte A o Parte B comenzó.
- ☐ Vivo en un centro de atención a largo plazo, como un hogar de ancianos u hospital de rehabilitación.
- ☐ Ya tengo la Parte A (cobertura hospitalaria) y recientemente me inscribí en la Parte B (cobertura de servicios médicos ambulatorios), y quiero inscribirme en un plan Medicare Advantage.
- ☐ Solicité la información de Medicare en un formato accesible. Me dieron menos tiempo para tomar mi decisión, o no me dieron la información a tiempo para tomar la decisión antes de que finalizara mi período de inscripción. Recibí la información de Medicare en un formato accesible el (anotar fecha) (_ _ / _ _ / _ _).
- ☐ Ninguna de las anteriores aplica a mí.

Si ninguna de las anteriores aplica a usted o no está seguro, por favor llame a Neighborhood Health Plan of Rhode Island (Neighborhood) al 1-866-696-4774 (los usuarios de TTY deben marcar el 711), para saber si es elegible para inscribirse. Atendemos de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. los siete días de la semana entre el 1.º de octubre y 31 de marzo. A partir del 1.º de abril y hasta el 30 de septiembre, puede llamarnos de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. de lunes a viernes, o dejar un mensaje de voz los sábados, domingos y días feriados federales.

INTEGRITY for Duals (HMO D-SNP) y Dual CONNECT (HMO D-SNP) de Neighborhood Health Plan of Rhode Island son planes de salud con contratos con Medicare y Rhode Island Medicaid. La inscripción en el plan INTEGRITY for Duals o Dual CONNECT de Neighborhood Health Plan of Rhode Island está sujeta a la renovación de los contratos.

Neighborhood Health Plans of Rhode Island (HMO- DSNP)

FORMULARIO DE SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN INDIVIDUAL PARA UN PLAN DE MEDICARE ADVANTAGE (PARTE C)

¿Quién puede usar este formulario?

Las personas con Medicare que deseen inscribirse en un Plan Medicare Advantage.

Para inscribirse en un plan, debe cumplir con los siguientes requisitos:

- Ser ciudadano de los Estados Unidos o contar con un estatus migratorio legal en los Estados Unidos.
- Vivir en el área de servicio del plan.

Importante: Para inscribirse en un Plan Medicare Advantage, también debe tener lo siguiente:

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

¿Cuándo debo usar este formulario?

Puede inscribirse en un plan en los siguientes casos:

- Entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre de cada año (para la cobertura que comienza el 1 de enero).
- En un plazo de 3 meses desde que recibe Medicare por primera vez.
- En ciertas situaciones en las que se le permita inscribirse en un plan o cambiarlo.

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

¿Qué debo completar en este formulario?

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

Nota: Debe completar todos los elementos de la Sección 1. Los elementos de la Sección 2 son opcionales; no se le puede denegar la cobertura por no haberlos completado.

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.
- El plan le enviará una factura por la prima de la cobertura. Puede elegir inscribirse para que los pagos de la prima se deduzcan de su cuenta bancaria o de su

beneficio mensual del Seguro Social (o Junta de Retiro Ferroviario).

¿Cuál es el siguiente paso?

Una vez que haya completado y firmado el formulario, envíelo a la siguiente dirección:

Neighborhood Health Plan of Rhode Island
910 Douglas Pike
Smithfield, Rhode Island 02917

Nos comunicaremos con usted cuando se procese su solicitud de inscripción.

¿Cómo obtengo ayuda para completar este formulario?

Llame a Neighborhood Health Plan of Rhode Island al 1-844-812-6896. 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.

En español: Llame a Neighborhood Health plan of Rhode Island al 1-844-812-6896/TTY 711

o a Medicare gratis al 1-800-633-4227 y oprima el 8 para asistencia en español y un representante estará disponible para asistirle.

Personas que están sin hogar

- Si desea inscribirse en un plan, pero no tiene residencia permanente, podrían considerarse como su dirección de residencia permanente una casilla de correo, la dirección de un refugio o clínica, o la dirección en la que recibe su correspondencia (p. ej., los cheques del seguro social).

Según la Ley de Reducción de Trámites de 1995, ninguna persona está obligada a responder a una recopilación de información, a menos que se muestre un número de control válido emitido por la Oficina de Administración y Presupuesto (OMB). El número de control válido de la OMB para la recopilación de esta información es 0938-1378. Se estima que el tiempo promedio para completar esta información es de 20 minutos por respuesta, incluido el tiempo para revisar las instrucciones, buscar las fuentes de datos existentes, reunir los datos necesarios y completar y revisar la información recopilada. Si tiene algún comentario relacionado con la precisión del tiempo estimado o sugerencias para mejorar este formulario, comuníquese por escrito a la siguiente dirección: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

IMPORTANTE

No envíe este formulario ni ningún elemento junto con su información personal (por ejemplo, reclamos, pagos, historias clínicas, etcétera) a la Oficina de Autorización de Informes de la PRA. Se destruirán todos los documentos recibidos que no se relacionen con la mejora de este formulario o la carga de recopilación (que se indica en OMB 0938-1378). No se conservará, revisará ni reenviará al plan. Consulte la sección “¿Cuál es el siguiente paso?” en esta página para enviar su formulario completo al plan.

Sección 1: Todos los campos de esta página son obligatorios (a menos que estén marcados como opcionales)

Seleccione el plan en el desea inscribirse:

- ☐ Neighborhood INTEGRITY for Duals (HMO-DSNP): \$0 por mes
☐ Neighborhood Dual CONNECT (HMO-DSNP): \$0 por mes

NOMBRE: APELLIDO: [Opcional: inicial del segundo nombre]:

Fecha de nacimiento: (MM/DD/AAAA) (_ / _ / _) Sexo: ☐ Masculino ☐ Femenino Número de teléfono: (_)

Dirección de residencia permanente (No ingrese una casilla de correo. Nota: Si es una persona sin hogar, se puede considerar una casilla de correo como su dirección de residencia permanente):

Ciudad: Opcional: Condado Estado: Código postal:

Dirección de correo, si es diferente de su dirección permanente (se permite ingresar una casilla de correo):

Domicilio: Ciudad: Estado: Código postal:

Sus datos de Medicare:

Número de Medicare: _ _ _ _ - _ _ _ - _ _ _ _

Responda estas preguntas importantes:

¿Tendrá otra cobertura de medicamentos recetados (como VA, TRICARE) además de Neighborhood?

☐ Sí ☐ No

Nombre de la otra cobertura: Número de miembro de esa cobertura: Número de grupo de esa cobertura:

Criterios de necesidades especiales (Marque las casillas y complete con la información que corresponda)

- ¿Está inscrito en Medicaid? ☐ Sí ☐ No
- ¿Vive en el estado de Rhode Island? ☐ Sí ☐ No
- ¿Participa en los programas Ticket to Work o Sherlock de Medicaid? ☐ Sí ☐ No

Número del programa de Medicaid: _ _ _ _ _

- Categorías de elegibilidad de Neighborhood INTEGRITY for Duals (HMO-DSNP): ☐ Mayor de 21 y ☐ FBDE, ☐ SLMB PLUS, ☐ QMB PLUS.
- Categorías de elegibilidad de Neighborhood Dual CONNECT (HMO-DSNP): ☐ Mayor de 18 y ☐ QMB SOLAMENTE

IMPORTANTE: Lea y firme a continuación:

- Debo conservar el seguro hospitalario (Parte A) y el seguro médico (Parte B) para permanecer en Neighborhood Health Plan of Rhode Island (Neighborhood).
- Al inscribirme en este plan de Medicare Advantage, reconozco que Neighborhood compartirá mi información con Medicare, que podrá usarla para registrar mi inscripción, realizar pagos y otros fines permitidos por la ley federal que autoriza la recopilación de esta información (consulte la Declaración de la Ley de Privacidad más abajo). Mi respuesta a este formulario es de carácter voluntario. Sin embargo, no responderlo puede afectar la inscripción en el plan.
- Comprendo que solo puedo estar inscrito en un plan de la Parte D o Medicare Advantage (MA) a la vez y que la inscripción en este plan cancelará automáticamente mi inscripción en otro plan de la Parte D o MA (con excepciones de los planes Privado de Tarifa por Servicio [PFFS] o de una Cuenta de Ahorros Médicos [MSA] de MA) o en el Programa de Atención Integral para Personas Mayores (PACE).

- Entiendo que cuando comience mi cobertura de Neighborhood, debo recibir todos los beneficios médicos y de medicamentos recetados de Neighborhood. Estarán cubiertos los beneficios y servicios proporcionados por Neighborhood y que estén incluidos en el documento “Evidencia de cobertura” (también conocido como contrato del miembro o acuerdo del suscriptor) de Neighborhood. Ni Medicare ni Neighborhood Health Plans of Rhode Island pagarán los beneficios o servicios que no estén cubiertos.
- La información incluida en este formulario de inscripción es correcta a mi leal saber y entender. Entiendo que si proporciono información falsa de manera intencional en este formulario, se cancelará mi inscripción en el plan.
- Entiendo que mi firma (o la de la persona legalmente autorizada para actuar en mi nombre) en esta solicitud significa que he leído y entendido el contenido de esta solicitud. Si está firmada por un representante autorizado (como se describió antes), esta firma certifica lo siguiente:
 - 1) que esta persona está autorizada por la ley estatal para completar esta inscripción; y
 - 2) que los documentos correspondientes están a disposición 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 afiliado:

Sección 2: Todos los campos en esta sección son opcionales

Usted decide si responde o no estas preguntas. No se le puede denegar la cobertura por no haberlos completado.

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

☐ Español ☐ Portugués

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

☐ Braille ☐ Letra grande ☐ CD de audio ☐ CD de datos

Comuníquese con Neighborhood Health Plan of Rhode Island al 1-844-812-6896 si necesita información en un formato accesible que no se haya mencionado. Nuestro horario de atención es de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. y los sábados de 8:00 a. m. a 12:00 p. m. Los usuarios de TTY pueden llamar al 711.

¿Trabaja? ☐ Sí ☐ No

¿Su cónyuge trabaja? ☐ Sí ☐ No

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

Pago de las primas de su plan

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

Si tiene que pagar un Monto de Ajuste Mensual Relacionado con los Ingresos de la Parte D (IRMAA, Parte D), deberá pagar este monto adicional además de la prima del plan. NO le pague a Neighborhood Health Plan of Rhode Island IRMAA, Parte D.

Selección de las opciones de pago de primas

☐ Correo ☐ EFT ☐ Tarjeta de crédito

☐ Débito automático de su cheque de beneficios del Seguro Social o de la Junta de Retiro Ferroviario.
Recibo pagos mensuales del ☐ Seguro Social ☐ RRB

Solo para las personas que ayuden al afiliado a completar este formulario

Complete esta sección si usted es una persona (ya sea agente, corredor, asesor del Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico [SHIP], familiar u otros terceros) que está ayudando al afiliado a completar este formulario.

Nombre: _____

Relación con el afiliado: _____

Firma: _____

N.º de NPN (solo para agentes o corredores): _____

Solo para uso de la oficina: (Para que lo completen los agentes/corredores/personal de Neighborhood)

Fecha prevista de entrada en vigor de la cobertura: _____

MM/DD/AAAA

Tipo de ☐ ICEP/IEP ☐ AEP ☐ SEP: _____ ☐ No elegible

Agente autorizado/Agente de ventas de Neighborhood

Tipo de agente: ☐ Corredor externo contratado ☐ Corredor empleado de Neighborhood

Nombre del agente/representante de ventas: _____ N.º de NPN del agente/rep. de ventas _____

Nombre de la agencia (si corresponde): _____

Fecha en que la recibió el agente de ventas/representante autorizado: (Neighborhood debe recibir las autorizaciones en un plazo de un día de la fecha indicada): _____

MM/DD/AAAA

Ubicación de recepción de la solicitud: ☐ Cita ☐ Evento de ventas ☐ Sin cita previa

☐ Otro (Especifique): _____

INTEGRITY for Duals (HMO D-SNP) y Dual CONNECT (HMO D-SNP) de Neighborhood Health Plan of Rhode Island son planes de salud que tienen contrato con Medicare y el programa Medicaid de Rhode Island. La inscripción en el plan INTEGRITY for Duals o Dual CONNECT de Neighborhood Health Plan of Rhode Island depende de la renovación del contrato.

DECLARACIÓN DE LA 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 los planes Medicare Advantage (MA), mejorar la atención y gestionar el pago de los beneficios de Medicare. En las secciones 1851 y 1860D-1 de la Ley del Seguro Social y en el Título 42 del CFR §§ 422.50 y 422.60, se autoriza la recopilación de esta información. Los CMS pueden divulgar e intercambiar datos de inscripción de los beneficiarios de Medicare según se especifica en el Sistema de Notificación de Registros (SORN), "Medicamentos recetados de Medicare Advantage (MARx)", N.º de sistema 09-70-0588. Su respuesta a este formulario es de carácter voluntario. Sin embargo, no responderlo puede afectar la inscripción en el plan.