OMB No. 0938-1378
Expires: 12/31/2026

VNS Health

Formulario de solicitud de inscripción en VNS Health EasyCare Plus (HMO D-SNP) y VNS Health EasyCare (HMO)

¿Quién puede usar este formulario?

Las personas que tienen Medicare que quieren inscribirse en un Plan Medicare Advantage

Para inscribirse en un plan, usted debe:

- Ser ciudadano de los Estados Unidos o encontrarse presente legalmente en los Estados Unidos.
- Residir en el área de servicio del plan.

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

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

¿Cuándo puedo usar este formulario?

Puede inscribirse en un plan:

- Entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre de cada año (para la cobertura que comienza el 1.º de enero)
- En un plazo de 3 meses luego de obtener Medicare por primera vez
- En ciertas situaciones cuando tenga permitido inscribirse en un plan o cambiar de plan

Visite Medicare.gov para obtener más información sobre cuándo puede registrarse en un plan.

¿Qué necesito para completar este formulario?

- Su número de Medicare (el número de la tarjeta roja, blanca y azul de Medicare)
- Su dirección permanente, número de teléfono y dirección de correo electrónico

Nota: Debe completar todos los ítems de la Sección 1. Los elementos de la Sección 2 son opcionales: no se le negará 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.
- Su plan le enviará una factura por la prima del plan. Puede elegir registrarse para que sus pagos de las primas sean deducidos de su cuenta bancaria o su beneficio del Seguro Social mensual (o de la Junta de jubilación para ferroviarios).

¿Qué sucede a continuación?

Envíe su formulario completo y firmado a la siguiente dirección:
VNS Health
Health Plans - MEU
220 East 42nd Street
New York, NY 10017

Cuando procesen su solicitud de inscripción, se comunicarán con usted.

¿Cómo obtengo ayuda con este formulario?

Llame a VNS Health Medicare al 1-866-783-1444 (TTY: 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 VNS Health Medicare al 1-866-783-1444 (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 en situación de desamparo

- Si desea inscribirse en un plan, pero no tiene residencia permanente, un apartado postal, la dirección de un refugio o una clínica, o la dirección donde recibe el correo postal (p. ej., cheques del Seguro Social) podrían considerarse su dirección de residencia permanente.

De acuerdo con la Ley de Reducción de Papel de 1995, ninguna persona debe responder a una recopilación de información a menos que presente un número decontrol 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. El tiempo estimado necesario para completar esta información es, en promedio, 20 minutos por respuesta e incluye el tiempo necesario para revisarlas instrucciones, buscar las fuentes de datos existentes, obtener la información necesaria, y completar y revisar la recopilación de información. Si tiene algún comentario con respecto a la precisión del tiempo estimado o alguna sugerencia para mejorar este formulario, escriba a: 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 documento con su información personal (como reclamos, pagos, expedientes médicos, etc.) a la Oficina de Autorización de Informes de la Ley de Reducción de Papel (PRA). Cualquier documento que recibamos que no trate sobre cómo mejorar este formulario o su responsabilidad de recopilación (detallada en la OMB 0938-1378) se destruirá. No se guardará, revisará ni se enviará al plan. Diríjase a la sección "¿Qué sucede a continuación?" en esta página para enviar su formulario completo al plan.

Formulario de inscripción

VNS Health

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

☐ **VNS Health EasyCare (HMO) (prima de $25.00* por mes)**
*Según su nivel de subsidio por bajos ingresos (LIS)

☐ **VNS Health EasyCare Plus (HMO D-SNP) (prima de $0* por mes)**
*Según su nivel de elegibilidad de Medicaid.

Nombre:	Apellido:	[Opcional: inicial del segundo nombre]:

Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa):	Sexo:	Número de teléfono:	Teléfono alternativo:
(/ /)	☐ Masculino ☐ Femenino	( ) ☐ Particular ☐ Celular	( )

Dirección de residencia permanente (No ingrese un apartado postal. Nota: Para las personas sin hogar, un apartado postal puede considerarse su dirección de residencia permanente.):

Ciudad:	[Opcional: condado]:	Estado:	Código postal:

Dirección postal, si es diferente de la dirección permanente (se permite un apartado postal):

Dirección: Ciudad: Estado: Código postal:

¿Desea recibir comunicaciones del plan por correo electrónico? ☐ Sí (si selecciona esta opción, debe tener un correo electrónico) ☐ No

Dirección de correo electrónico:

Su información de Medicare:

Número de Medicare: ___ ___ ___ ___ – ___ ___ ___ – ___ ___ ___ ___

Responda estas preguntas importantes:

1. ¿Tendrá otra cobertura de medicamentos recetados (como VA, TRICARE) además de VNS Health Medicare? ☐ Sí ☐ No

Nombre de la cobertura: _____ Número de miembro de esta cobertura: _____ Número de grupo de esta cobertura: _____

A continuación, encontrará preguntas sobre la inscripción en VNS Health EasyCare Plus.

2. ¿Es residente de un centro de atención a largo plazo, como un hogar para ancianos y convalecientes? ☐ Sí ☐ No

Si la respuesta es "sí", indique la siguiente información:

Nombre de la institución: _____

Dirección y Teléfono de la Institución (número y calle): _____

_____

3. ¿Está inscrito en el programa Medicaid de su estado? ☐ Sí ☐ No

Si la respuesta es "sí", indique el número de Medicaid: _____

H5549_2026 ECP EC EnApp_v2_C Approved 08292025

IMPORTANTE: Lea y firme debajo:

- Debo mantener tanto los beneficios hospitalarios (Parte A) como los beneficios médicos (Parte B) para permanecer en VNS Health Medicare.
- Al inscribirme en este plan Medicare Advantage, acepto que VNS Health Medicare compartirá mi información con Medicare, que puede usarla para hacer un seguimiento de mi inscripción, realizar pagos y para otros fines permitidos por la ley federal que autoriza la recopilación de esta información (consulte abajo la Declaración con respecto a la Ley de Privacidad). Su respuesta a este formulario es voluntaria. Sin embargo, su inscripción en el plan se podría ver afectada si no responde.
- Comprendo que solo puedo estar inscrito en un plan Medicare Advantage (MA) a la vez, y que la inscripción en este plan anulará automáticamente mi inscripción en otro plan MA o de la Parte D (se aplican excepciones para planes MA privados de pago por servicio [PFFS] y planes MA de Cuenta de ahorro para gastos médicos [MSA]).
- Comprendo que, cuando comience la cobertura de VNS Health Medicare, debo obtener todos mis beneficios médicos y de medicamentos recetados de VNS Health Medicare. Estarán cubiertos los beneficios y servicios que proporcione VNS Health Medicare y estén detallados en el documento de la "Evidencia de cobertura" de VNS Health Medicare (también conocido como el contrato del miembro o el acuerdo del suscriptor). Ni Medicare ni VNS Health Medicare pagarán por los beneficios o servicios que no estén cubiertos.
- La información contenida en este formulario de inscripción es correcta a mi leal saber y entender. Comprendo que, en caso de completar este formulario con información falsa de manera intencional, se cancelará mi inscripción en el plan.
- Comprendo que mi firma (o la firma de la persona legalmente autorizada para actuar en mi representación) en este formulario implica que he leído y entiendo el contenido de esta solicitud. En caso de que un representante autorizado (conforme se describió anteriormente) firme la solicitud, esta firma certifica que:

  1) esta persona está autorizada conforme la ley estatal para completar la inscripción; y

  2) La documentación que certifica dicha autorización está disponible a solicitud de Medicare.

Para las personas con Medicare y Medicaid:

- Comprendo que debo tener Medicaid para ser elegible para inscribirme en VNS Health EasyCare Plus.
- Comprendo que puedo inscribirme o dar de baja mi inscripción una vez por trimestre en el año calendario durante los primeros nueve meses del año.

Consentimiento para comunicaciones automatizadas

☐ Acepto que VNS Health se comunique conmigo al número de teléfono y a la dirección de correo electrónico que proporciono. Pueden usar llamadas de voz automatizadas o artificiales, mensajes de texto y correos electrónicos para hablar sobre mi atención médica, servicios, citas, facturación y asuntos relacionados con el plan. También pueden enviarme mensajes de mercadeo sobre los productos y servicios de VNS Health.

Comprendo que se pueden aplicar tarifas estándar de mensajes de texto y datos según mi plan telefónico. No es necesario que acepte recibir mensajes de texto o correos electrónicos para inscribirme u obtener atención. Puedo suspender los mensajes de texto o correos electrónicos en cualquier momento siguiendo las instrucciones que aparecen en el mensaje.

Firma:	**Fecha de hoy:**
Si usted es el representante autorizado, firme en el cuadro anterior y complete estos campos:	
Nombre:	Dirección:
Número de teléfono: ( )	Relación con la persona que se inscribe:

H5549_2026 ECP EC EnApp_v2_C Approved 08292025

Sección 2: Todos los campos de esta página son opcionales

Responder estas preguntas es su elección. No se le negará la cobertura por no haber completado los campos.

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

- ☐ No, no tengo origen hispano, latino ni español
- ☐ Sí, tengo origen portorriqueño
- ☐ Sí, tengo otro origen hispano, latino o español
- ☐ Sí, tengo origen mexicano, mexicoamericano, chicano
- ☐ Sí, tengo origen cubano
- ☐ **Elijo no responder.**

¿De qué raza es? Seleccione todas las opciones que correspondan.

Asiática:

- ☐ Indoasiática
- ☐ China
- ☐ Filipina
- ☐ Japonesa
- ☐ Coreana
- ☐ Vietnamita
- ☐ Otra asiática

Nativa de Hawái e isleña del Pacífico:

- ☐ Guameña or chamorra
- ☐ Nativa de Hawái
- ☐ Samoana
- ☐ De otra isla del Pacífico

- ☐ Indoamericana o nativa de Alaska
- ☐ Negro o afroamericano
- ☐ Blanca
- ☐ **Elijo no responder**

Seleccione una opción si desea que le enviemos información en otro idioma distinto del inglés. ☐ Español ☐ Chino

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

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

Comuníquese con VNS Health Medicare llamando al 1-866-783-1444 (TTY: 711) si necesita información en un formato accesible distinto de los que se mencionaron arriba. Nuestro horario de oficina es de 8 am – 8 pm los 7 días de la semana (oct. – mar.) y días laborables de 8 am – 8 pm (abr. – set.).

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

Escriba el nombre de su médico de atención primaria (PCP), clínica o centro de salud:

Nombre del proveedor de atención primaria (PCP): _____ N.º de id. del PCP: _____

Quiero recibir avisos de quejas (reclamos), decisiones de apelaciones, avisos de remisiones, y avisos y decisiones de autorización de servicios por correo electrónico.

☐ Sí ☐ No

Dirección de correo electrónico: _____

Pago de las primas del plan

Puede pagar la prima mensual de su plan (incluida cualquier multa por inscripción tardía que usted deba actualmente o que pueda deber en el futuro) por correo postal todos los meses. **También puede elegir pagar la prima permitiendo que se la deduzcan automáticamente de su beneficio del Seguro Social o de la Junta de jubilación para ferroviarios (RRB) todos los meses**.

Seleccione una opción de pago de la prima:

☐ Recibir una factura ☐ Deducción automática del cheque de beneficios mensual del Seguro Social o de la RRB

Recibo beneficios mensuales de: ☐ Seguro Social ☐ RRB

Si usted tiene que pagar una cantidad del ajuste mensual relacionada con el ingreso de la Parte D (IRMAA de la Parte D), debe pagar esta cantidad además de la prima de su plan. NO pague la IRMAA de la Parte D de VNS Health Medicare.

Solo para personas que ayudan a la persona inscrita a completar este formulario

Complete esta sección si es una persona (como un agente, intermediario, asesor del Programa estatal de asistencia sobre seguros de salud [SHIP], familiar o un tercero) que ayuda a una persona inscrita a completar este formulario.

Nombre: _____ Relación con la persona inscrita: _____

Firma: _____ Número de productor nacional (solo agentes/corredores): _____

DECLARACIÓN CON RESPECTO A 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 los beneficiarios en los planes Medicare Advantage (MA), mejorar la atención y realizar el pago de los beneficios de Medicare. Las secciones 1851 de la Ley del Seguro Social y el Título 42, §§ 422.50 y 422.60 del Código de Regulaciones Federales (CFR) autorizan la recopilación de esta información. Los CMS pueden usar, divulgar e intercambiar datos de inscripción de los beneficiarios de Medicare como se especifica en el Aviso del Sistema de Registros (SORN), "Medicamentos recetados de Medicare Advantage (MARx)", número de sistema 09-70-0588. Su respuesta a este formulario es voluntaria. Sin embargo, su inscripción en el plan se podría ver afectada si no responde.

Solo para ser completado por la oficina: Código de seguimiento: _____

Nombre del empleado/agente de ventas/intermediario (si brindó asistencia en la inscripción): _____

Firma del agente: _____

Agente gestor de seguros (MGA): _____ N.º de agente: _____ N.º de id. del plan: _____

Fecha de recepción en la oficina: _____ Recibido por (iniciales): _____ Registrado por (iniciales): _____

Fecha de entrada en vigencia de la cobertura: _____

Período inicial de elección de cobertura (ICEP)/Período inicial de inscripción (IEP): _____

Período de inscripción abierta (OEP): _____ Período de elección anual (AEP): _____

Período de elección especial (SEP) (tipo): _____ No elegible: _____

H5549_2026 ECP EC EnApp_v2_C Approved 08292025

Certificación de elegibilidad para un período de inscripción

Normalmente, usted se puede inscribir en un plan Medicare Advantage solo durante el período anual de inscripción, del 15 de octubre al 7 de diciembre de cada año. Existen excepciones que le podrían permitir inscribirse en un plan Medicare Advantage fuera de este período.

Lea atentamente los siguientes enunciados y marque la casilla si el enunciado se aplica a su caso. Al marcar cualquiera de las siguientes casillas, usted certifica que -según su leal saber y entender- es elegible para un período de inscripción. Si más adelante determinamos que esta información es incorrecta, es posible que demos de baja su inscripción.

- ☐ Soy nuevo en Medicare.
- ☐ Me inscribí en un plan Medicare Advantage y quiero hacer un cambio durante el Período de inscripción abierta de Medicare Advantage (MA OEP).
- ☐ Recientemente me mudé fuera del área de servicios de mi plan actual o recientemente me mudé y este plan es una nueva opción disponible para mí. Me mudé el (indique la fecha) _____.
- ☐ Recientemente me liberaron de un encarcelamiento. Me liberaron el (indique la fecha)_____
- ☐ Recientemente regresé a los Estados Unidos tras vivir de forma permanente fuera del país. Regresé a los EE. UU. el (indique la fecha) _____.
- ☐ Recientemente obtuve el estado de presencia legal en los Estados Unidos. Obtuve este estado el (indique la fecha)_____
- ☐ Recientemente hubo un cambio en mi Medicaid (obtuve Medicaid recientemente, hubo un cambio en el nivel de asistencia de Medicaid o perdí la cobertura de Medicaid) el (indique la fecha) _____.
- ☐ Recientemente hubo un cambio en mi ayuda adicional, que paga la cobertura de los medicamentos recetados de Medicare (obtuve ayuda adicional hace poco, hubo un cambio en el nivel de la ayuda adicional o perdí la ayuda adicional) el (indique la fecha) _____.
- ☐ Tengo Medicare y recibo todos los beneficios de Medicaid. Quiero inscribirme o cambiarme a un plan que coordine la cobertura entre mis planes de atención administrada de Medicare y Medicaid (llamado Plan doble de necesidades especiales (D-SNP) integrado).
- ☐ Viviré, vivo o viví hasta hace poco en un centro de atención a largo plazo (por ejemplo, un hogar para ancianos y convalecientes o un centro de atención a largo plazo). Me mudé/me mudaré al centro, o me mudé/me mudaré del centro el (indique la fecha) _____
- ☐ Recientemente dejé un Programa de Cuidado integral para ancianos (PACE) el (indique la fecha) _____.
- ☐ Recientemente perdí en forma involuntaria mi cobertura acreditable de medicamentos recetados (cobertura tan buena como la de Medicare). Perdí mi cobertura de medicamentos el (indique la fecha) _____.
- ☐ Abandonaré la cobertura del empleador o sindicato el (indique la fecha) _____.
- ☐ Estoy en un Programa estatal de asistencia farmacéutica calificado, o voy a perder la ayuda de un Programa estatal de asistencia farmacéutica.
- ☐ Mi plan terminará su contrato con Medicare, o Medicare terminará su contrato con mi plan.
- ☐ Fui inscrito en un plan por Medicare (o el estado) y deseo elegir un plan diferente. Mi inscripción en ese plan comenzó el (indique la fecha) _____.
- ☐ Estaba inscrito en un plan doble de necesidades especiales (D-SNP), pero ya no reúno los requisitos de necesidades especiales que se exigen para formar parte de dicho plan. Se dio de baja mi inscripción en el D-SNP el (indique la fecha) _____.
- ☐ Me afectó una emergencia o una catástrofe grave (según lo declarado por la Agencia Federal para el Manejo de Emergencias [FEMA] por el gobierno federal, estatal o local). Uno de los enunciados aquí indicados se aplicaba a mi caso, pero no pude inscribirme por la catástrofe.

Si ninguno de estos enunciados se aplica a su caso, o usted no está seguro al respecto, comuníquese con VNS Health Medicare al 1-866-414-6715 (TTY: 711) para saber si es elegible para inscribirse. Estamos disponibles los 7 días de la semana, 8 am - 8 pm (oct. - mar.), días laborables, 8 am - 8 pm (abr. - set.).

H5549_2026 ECP EC EnApp_v2_C Approved 08292025