

**SECCIÓN 1** Debe completar todos los campos de esta página (a menos que estén marcados Para inscribirse en RiverSpring Health Plans, proporcione la siguiente información:

- RiverSpring Star (HMO I-SNP) prima de \$42.30 por mes
- RiverSpring MAP (HMO D-SNP) prima de \$0.00 por mes

**Información personal**

Apellido: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_  
 Sr.  Sra.  Srta. Sexo  M  F Inicial del segundo \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: (MM/DD/AAAA)  
( \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ )

Número de teléfono del hogar: \_\_\_\_\_

Número de teléfono alternativo (opcional): \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico (opcional): \_\_\_\_\_

**Residencia permanente**

Dirección (no se permite casilla postal): \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Condado (opcional): \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

**Dirección postal** (solo si es diferente de su dirección de residencia permanente):

Dirección (no se permite casilla postal): \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Condado (opcional): \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

**Contacto de emergencia**

Nombre completo: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_ Relación con usted: \_\_\_\_\_

## PROPORCIONE INFORMACIÓN SOBRE SU SEGURO DE MEDICARE

Nombre (como aparece en su tarjeta de Medicare): \_\_\_\_\_

Número de Medicare: \_\_\_\_\_

Tiene derecho a: Fecha de entrada en vigencia: \_\_\_\_\_

Atención en hospital (Parte A): \_\_\_\_\_

Atención \_\_\_\_\_

**Debe tener la Parte A y la Parte B de Medicare para unirse a un plan Medicare Advantage.**

**RiverSpring Health Plans**

**LEA Y RESPONDA  
ESTAS PREGUNTAS IMPORTANTES:**

1. Algunas personas pueden tener otra cobertura de medicamentos, incluidos otro seguro privado, cobertura de beneficios de salud para empleados federales, beneficios para veteranos o programas de asistencia farmacéutica del estado.

¿Tendrá otra cobertura de medicamentos con receta además de RiverSpring Health Plans?

Sí     No

Si la respuesta es "Sí", escriba la otra cobertura y el(los) número(s) de identificación (ID) de esta cobertura:

Nombre de la otra cobertura: \_\_\_\_\_

N.º de ID de esta cobertura: \_\_\_\_\_ N.º de grupo para esta cobertura: \_\_\_\_\_

2. ¿Es usted residente de un centro de atención a largo plazo, como un hogar de atención médica especializada?

Sí     No

Si la respuesta es "Sí", proporcione la siguiente información:

Nombre de la institución: \_\_\_\_\_

Dirección y número de teléfono de la institución (calle y número) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

3. Indique si cumple todos los requisitos que se mencionan a continuación.

Es elegible para la cobertura completa de Medicaid del estado de Nueva York

Sí  No

Tiene 18 años o más

Sí  No

¿Cree que es elegible para un nivel de atención médica especializada en el hogar, es capaz de permanecer en su hogar de manera segura y requiere servicios de administración de la atención y de atención domiciliaria o diurna por 120 días seguidos o más?

Sí  No

4. ¿Está usted inscrito en el programa de Medicaid de su estado?

Sí  No

Si la respuesta es "Sí", proporcione su número de Medicaid (CIN): \_\_\_\_\_

**RiverSpring Health Plans**

**IMPORTANTE: LEA Y FIRME  
A CONTINUACIÓN**

**Al completar esta solicitud de inscripción, acepto lo siguiente:**

- Debo conservar tanto la Atención en Hospital (Parte A) como la Atención Médica (Parte B) para permanecer en RiverSpring Health Plans.
- Al unirme a este plan de Medicare Advantage o plan de medicamentos con receta de Medicare, reconozco que RiverSpring Health Plans compartirá mi información con Medicare, quien podrá usarla para hacer un seguimiento de mi inscripción, hacer pagos y otros fines permitidos por las leyes federales que autorizan la recopilación de esta información (consulte la Declaración sobre la Ley de Privacidad a continuación).
- Su respuesta a este formulario es voluntaria. Sin embargo, el hecho de no responder puede afectar la inscripción en el plan.
- La información 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 las personas que poseen Medicare generalmente no están cubiertas por Medicare mientras están fuera del país, excepto por una cobertura limitada cerca de la frontera de los EE. UU.

- Entiendo que, una vez que comience mi cobertura de RiverSpring Health Plans, deberé obtener todos mis beneficios médicos y de medicamentos con receta de RiverSpring Health Plans. Estarán cubiertos los beneficios y servicios proporcionados por RiverSpring Health Plans e incluidos en el documento de "Evidencia de Cobertura" de RiverSpring Health Plans (también conocido como contrato con el miembro o acuerdo con el suscriptor). Ni Medicare ni RiverSpring Health Plans pagarán por los beneficios o servicios que no están cubiertos.
- Entiendo que mi firma (o la firma de la persona legalmente autorizada a actuar en mi nombre) en esta solicitud significa que he leído y entiendo el contenido de esta solicitud. Si esta solicitud está firmada por un representante autorizado (según se describe anteriormente), esa firma certifica lo siguiente:
  1. tal persona está autorizada conforme a la ley estatal para completar esta inscripción, y
  2. la documentación que valida esa autoridad está disponible a pedido de Medicare.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

\* Si usted es el representante autorizado, debe firmar arriba y proporcionar la siguiente información:

Nombre completo: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Relación con el afiliado: \_\_\_\_\_

**RiverSpring Health Plans**

**LEA Y RESPONDA  
ESTAS PREGUNTAS IMPORTANTES:**

**SECCIÓN 2** Responder a estas preguntas es su decisión. No se le puede denegar la no completar las respuestas. Marque una de las casillas a continuación si prefiere que le enviemos información en un idioma que no sea inglés o en un formato accesible:

Español

Formato accesible (braille, audio o letra) \_\_\_\_\_

Comuníquese con RiverSpring Health Plans al 1-800-771-0088 si necesita información en un formato accesible o un idioma que no se mencione arriba. Nuestro horario de atención es de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.

¿Usted o su cónyuge trabajan?

Sí  No

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

Nombre

completo: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

## **PAGO DE LA PRIMA DE SU PLAN**

Puede pagar la prima de su plan (incluida cualquier multa por inscripción tardía que tenga o deba actualmente) por correo. También puede elegir pagar su prima mediante la deducción automática de su cheque de beneficios del Seguro Social o de la Junta de Retiro Ferroviario (RRB) todos los meses.

### **Seleccione una opción de pago de la prima:**

Recibir la factura.

Deducción automática de su cheque de beneficios mensual del Seguro Social o de la Junta de Retiro Ferroviario (RRB).

Recibo beneficios mensuales de:

Seguro Social

RRB

Si tiene que pagar un monto de ajuste mensual por ingresos de la Parte D (Part D-IRMAA), debe pagar este monto adicional además de su prima del plan. Por lo general, este monto se descuenta de su beneficio del Seguro Social, o es posible que reciba una factura de Medicare (o de la RRB).

NO pague la Parte D-IRMAA de (inserte el nombre del plan o la organización correspondiente).

## SOLO PARA USO DE RIVERSPRING HEALTH PLANS

Fecha de recepción: \_\_\_\_\_ ID del plan: \_\_\_\_\_

QMB     QMB+     SLMB     SLMB+     QI-1     QDWI     FBDE

Nombre del miembro de personal (si ayudó en la inscripción): \_\_\_\_\_

Fecha de entrada en vigencia de la cobertura: \_\_\_\_\_

ICEP/IEP: \_\_\_\_\_ AEP: \_\_\_\_\_ SEP (tipo): \_\_\_\_\_ OEPI: \_\_\_\_\_

No elegible: \_\_\_\_\_

## SOLO PARA USO DEL AGENTE AUTORIZADO

Certifico que he registrado de manera precisa y exacta en esta solicitud la información suministrada por el afiliado.

Agente autorizado: \_\_\_\_\_

N.º de ID del agente: \_\_\_\_\_ Fecha de recepción: \_\_\_\_\_

Firma del agente: \_\_\_\_\_