

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



¿Quién puede usar este formulario?

Personas que tienen Medicare que desean inscribirse en un plan de Medicare Advantage.

Para inscribirse en un plan, debe:

- Ser ciudadano de los Estados Unidos o encontrarse de forma legal en EE. UU.;
- Vivir en el área de servicio del plan.

Importante: Para inscribirse en un plan de Medicare Advantage, debe tener tanto:

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

¿Cuándo debo 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);
- Dentro de los 3 meses de haber recibido por primera vez Medicare;
- En ciertas situaciones en donde puede unirse o cambiar de plan.

Visite [Medicare.gov](https://www.Medicare.gov) para obtener más información acerca de 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 en la Sección 1. Los puntos de la Sección 2 son opcionales; no pueden denegarle la cobertura por no completarlos.

Recordatorios:

Si desea inscribirse en un plan durante la inscripción abierta de otoño (15 de octubre - 7 de diciembre), el plan debe recibir su formulario completo antes del 7 de diciembre.

¿Qué sucede después?

Envíe su formulario completo y firmado a:

Magellan Complete Care of Arizona (HMO SNP)
Attn: Member Services
58 Charles Street
Cambridge, MA 02141

Una vez que procesen su solicitud de inscripción, se comunicarán con usted.

¿Cómo consigo ayuda para este formulario?

Comuníquese con MCC of AZ (HMO SNP) al 1-800-424-4509.

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 MCC of AZ (HMO SNP) al 1-800-424-4509 (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.

Solicitud de inscripción individual en Medicare 2021

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

Seleccione el plan en el que desea inscribirse:

H8845 (001) - Magellan Complete Care of Arizona (HMO SNP) \$0.00 por mes

Nombre:

Apellido:

Inicial del segundo nombre:

Fecha de nacimiento: (MM/DD/AAAA)

/ /

Sexo:

Masculino

Femenino

Número de teléfono: ()

Dirección de la residencia permanente (no incluya una casilla de correo postal):

Ciudad:

Condado:

Estado:

Código postal:

Domicilio para correspondencias, si es distinto al domicilio permanente (se permiten casillas de correo postal):

Dirección:

Ciudad:

Estado:

Código postal:

Su información de Medicare:

Número de Medicare:

Responda estas preguntas importantes:

¿Tendrá otra cobertura de medicamentos con receta (como VA, TRICARE) además de Magellan Complete Care of Arizona?

Sí

No

Nombre de la otra cobertura:

Número de miembro de esta
cobertura:

Número de grupo de esta cobertura:

Criterios de inscripción para necesidades especiales

¿Está inscrito en su programa estatal de Medicaid?

Sí

No

Si la respuesta es afirmativa, indique su número de identificación de Medicaid del estado a continuación:

IMPORTANTE: lea y firme a continuación

- Debo mantener tanto el seguro hospitalario (Parte A) como médico (Parte B) para permanecer en MCC of AZ (HMO SNP).
- Al inscribirme en este plan de Medicare Advantage, reconozco que MCC of AZ (HMO SNP) compartirá mi información con Medicare, que puede usarla para controlar mi inscripción, para realizar pagos y para otros propósitos permitidos por la ley federal que autoriza la recolección de estos datos (consulte la declaración de la ley de privacidad a continuación).
- Su respuesta a este formulario es voluntaria. Sin embargo, si no responde, esto puede afectar su inscripción en el plan.
- La información que figura en este formulario de inscripción es correcta a mi leal saber. Comprendo que si deliberadamente brindo información falsa en este formulario, se cancelará mi inscripción al plan.
- Comprendo que las personas que tienen Medicare no suelen contar con su cobertura cuando se encuentran fuera del país, excepto por la cobertura limitada cerca de la frontera de los EE. UU.
- Entiendo que cuando comienza mi cobertura con MCC of AZ (HMO SNP), debo obtener todos mis beneficios médicos y de medicamentos recetados de MCC of AZ (HMO SNP). Los beneficios y servicios proporcionados por MCC of AZ (HMO SNP) y contenidos en mi documento de "Evidencia de Cobertura" de MCC of AZ (HMO SNP) (también conocido como contrato de miembro o acuerdo de suscriptor) estarán cubiertos. Ni Medicare ni MCC of AZ (HMO SNP) pagarán por beneficios o servicios que no están cubiertos.
- Comprendo que mi firma (o la firma de la persona autorizada legalmente a actuar en mi nombre) en esta solicitud significa que he leído y que comprendo su contenido. En caso de ser firmada por una representante autorizado (como se detalla anteriormente), la firma certifica que:
 - 1) Esta persona está autorizada conforme a la ley estatal para completar esta inscripción; 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 completar estos campos:

Nombre:

Dirección:

Número de teléfono:

Relación con el inscrito:

Sección 2: todos los campos en esta página son opcionales

Responder estas preguntas es su decisión. No pueden denegarle la cobertura por no completarlas.

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

Español

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

Braille Letra imprenta grande CD de audio

Comuníquese con MCC of AZ (HMO SNP) al 1-800-424-4509 si necesita información en un formato accesible que no sea el mencionado anteriormente. Nuestro horario de atención es de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (del 1.º de octubre al 31 de marzo, los 7 días de la semana). Los usuarios de TTY pueden llamar al 711.

¿Trabaja? Sí No ¿Su cónyuge trabaja? Sí No

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

Deseo recibir los materiales que se mencionan a continuación por correo electrónico. Seleccione uno o más.

Evidencia de cobertura *Directorio de proveedores y farmacias*

Formulario (Lista de medicamentos cubiertos)

Su correo electrónico: _____

DECLARACIÓN DE LA LEY DE PRIVACIDAD

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) obtienen información de los planes de Medicare para controlar la inscripción del beneficiario en Medicare Advantage (MA) o en los Planes de medicamentos recetados (PDP), para mejorar la atención y para el pago de los beneficios de Medicare. Las secciones 1851 y 1860D-1 de la Ley de Seguro Social y 42 CFR §§ 422.50, 422.60, 423.30 y 423.32 autorizan la recolección de estos datos. CMS puede usar, divulgar e intercambiar la información de su inscripción de los beneficiarios de Medicare según lo especificado en la notificación del sistema de registro de datos (SORN) "Medicamentos recetados de Medicare Advantage (MARx)", Número de sistema 09-70-0588. Su respuesta a este formulario es voluntaria. Sin embargo, si no responde, esto puede afectar su inscripción en el plan.

Declaración de elegibilidad para un período de inscripción

Generalmente, puede inscribirse en un plan de Medicare Advantage solo durante el período de inscripción anual del 15 de octubre al 7 de diciembre de cada año. Hay excepciones que pueden permitirle inscribirse en un plan de Medicare Advantage fuera de este período.

Lea atentamente las siguientes declaraciones y marque la casilla si la declaración se aplica a usted. Al marcar cualquiera de las siguientes casillas, usted certifica que, a su leal saber y entender, usted es elegible para un período de inscripción. Si más adelante determinamos que esta información es incorrecta, es posible que su inscripción sea cancelada.

- Soy nuevo en Medicare.
- Estoy inscrito en un plan Medicare Advantage y quiero realizar un cambio durante el Período de inscripción abierta de Medicare Advantage (MA OEP).
- Recientemente me mudé fuera del área de servicio de mi plan actual, o recientemente me mudé y este plan es una nueva opción para mí. Me mudé el *(ingresar la fecha)* _____.
- Recientemente fui liberado de prisión. Fui liberado el *(ingresar la fecha)* _____.
- Recientemente regresé a los Estados Unidos luego de vivir de forma permanente fuera de los EE. UU. Regresé a los EE. UU. el *(ingresar la fecha)* _____.
- Recientemente obtuve el estado de situación legal en los Estados Unidos. Obtuve este estado el *(ingresar la fecha)* _____.
- Recientemente tuve un cambio en mi Medicaid (recientemente obtuve Medicaid, tuve un cambio en el nivel de asistencia de Medicaid, o perdí Medicaid) el *(ingresar la fecha)* _____.
- Recientemente tuve un cambio en mi Ayuda Adicional para pagar por la cobertura de medicamentos recetados de Medicare (recientemente obtuve Ayuda Adicional, tuve un cambio en el nivel de Ayuda Adicional o perdí la Ayuda Adicional) el *(ingresar la fecha)* _____.
- Tengo Medicare y Medicaid (o mi estado me ayuda a pagar mis primas de Medicare) o recibo Ayuda Adicional para pagar por la cobertura de medicamentos recetados de Medicare, pero no he tenido ningún cambio.
- Me estoy mudando, vivo o me he mudado recientemente de un centro de cuidados a largo plazo (por ejemplo, una residencia de ancianos o un centro de cuidados a largo plazo). Me mudé/me mudaré a/de las instalaciones el *(ingresar la fecha)* _____.
- Recientemente dejé un programa PACE el *(ingresar la fecha)* _____.
- Recientemente perdí de forma involuntaria mi cobertura de medicamentos recetados acreditable (cobertura tan buena como la de Medicare). Perdí mi cobertura de medicamentos el *(ingresar la fecha)* _____.
- Dejaré la cobertura de mi empleador o sindicato el *(ingresar la fecha)* _____.
- Pertenezco a un programa de asistencia farmacéutica proporcionado por mi estado.
- Mi plan finalizará su contrato con Medicare, o Medicare finalizará su contrato con mi plan.

- Estaba inscrito en un plan de Medicare (o de mi estado) y quiero elegir un plan diferente. Mi inscripción en ese plan comenzó el *(ingresar la fecha)*_____.
- Estaba inscrito en un Plan para Necesidades Especiales (SNP) pero ya no tengo las necesidades especiales requeridas para estar en el plan. Mi inscripción al SNP fue cancelada el *(ingresar la fecha)*_____.
- Me vi afectado por una emergencia o gran catástrofe (como lo indica la Agencia Federal para el Manejo de Emergencias (FEMA) o una entidad gubernamental federal, estatal o local). Una de las otras declaraciones se aplicaba a mí, pero no pude realizar mi solicitud de inscripción debido a la catástrofe.

Si ninguna de estas declaraciones se aplica a usted o si no está seguro, comuníquese con MCC of AZ (HMO SNP) al 1-800-424-4509. Los usuarios de TTY deben llamar al 711 para ver si usted es elegible para cancelar su inscripción. Nuestro horario es de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes (del 1.º de octubre al 31 de marzo, los 7 días de la semana).