commonwealth care alliance®

OMB N.o 0938-1378
Expira em: 31/07/2024

FORMULÁRIO DE INSCRIÇÃO 2024

Quem pode usar este formulário?

Pessoas com o MassHealth Standard acima de 65 anos, com ou sem Medicare (se aplicável)

Para participar de um plano, você deve:

- ser um cidadão dos Estados Unidos ou estar legalmente presente nos EUA;
- viver na área de serviço do plano.

IMPORTANTE

Para participar de um plano Medicare Advantage, você também deve ter:

- Medicare Parte A (Seguro Hospitalar);
- Medicare Parte B (Seguro Médico).

Quando devo usar este formulário?

Você pode participar de um plano:

- entre 15 de outubro e 7 de dezembro de cada ano (para cobertura a partir de 1.o de janeiro)
- dentro de 3 meses da primeira obtenção do Medicare;
- em determinadas situações em que você tem permissão para participar ou mudar de planos.

Acesse Medicare.gov para saber mais sobre quando você pode se inscrever em um plano.

O que preciso para preencher este formulário?

- Seu número MassHealth e seu número Medicare (o número em seu cartão Medicare vermelho, branco e azul), se aplicável
- Seu endereço permanente e número de telefone

OBSERVAÇÃO

Você deve preencher todos os itens da Seção 1. Os itens na Seção 2 são opcionais — a cobertura não pode ser negada porque você não os preencheu.

Lembretes

- Se você quiser participar de um plano durante o outono nos EUA (15 de outubro a 7 de dezembro), o plano deve obter seu formulário preenchido até 7 de dezembro.
- Prêmio de $0

O que acontece em seguida?

Envie seu formulário preenchido e assinado para:

Commonwealth Care Alliance
30 Winter Street
Boston, MA 02108, EUA

Assim que processarem sua solicitação para participar, eles entrarão em contato com você.

Como posso obter ajuda com este formulário?

Ligue para a CCA pelo número 855-210-1790. Os usuários de TTY podem ligar para o 711.

Ou ligue para o Medicare pelo número 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Os usuários de TTY podem ligar para 1-877-486-2048.

En español: Llame a CCA al 855-210-1790 (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.

Indivíduos sem-teto

Se você quiser participar de um plano, mas não tiver residência permanente, uma caixa postal, um endereço de um abrigo ou clínica, ou o endereço onde você recebe correspondência (por exemplo, verificações de previdência social) pode ser considerado seu endereço de residência permanente.

De acordo com a Lei de Redução de Documentação de 1995, nenhuma pessoa é obrigada a responder a uma coleta de informações, a menos que exiba um número de controle OMB válido. O número de controle OMB válido para esta coleta de informações é 0938-1378. Estima-se que o tempo necessário para preencher essas informações seja de, em média, 20 minutos por resposta, incluindo o tempo para revisar instruções, pesquisar recursos de dados existentes, coletar os dados necessários e concluir e revisar a coleta de informações. Se você tiver alguma dúvida sobre a precisão da estimativa(s) de tempo ou sugestões para melhorar este formulário, escreva para: CMS, 7500 Security Boulevard, A/C: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850, EUA.

IMPORTANTE

Não envie este formulário ou quaisquer itens com suas informações pessoais (como reivindicações, pagamentos, registros médicos etc.) para o Escritório de Liberação de Relatórios da PRA. Quaisquer itens que recebermos que não sejam sobre como melhorar este formulário ou sua carga de coleta (descritos no OMB 0938-1378) serão destruídos. Ele não será mantido, revisado ou encaminhado para o plano. Consulte “O que acontece em seguida?” nesta página para enviar seu formulário preenchido para o plano.

Formulário de inscrição no MassHealth Senior Care Options (SCO) e Medicare Advantage

Seção 1: Todos os campos nesta seção são obrigatórios (a menos que marcados como opcionais)

☐ **CCA Senior Care Options (HMO D-SNP) $0 por mês**

☐ **CCA Senior Care Options (apenas MassHealth) $0 por mês**

Este formulário é para pessoas que têm benefícios do MassHealth Standard e Medicare Partes A e B, e optam por se inscrever no Programa CCA Health SCO

Informações do MassHealth Standard (Medicaid)

Você está inscrito no MassHealth? ☐ **Sim** ☐ **Não**

Escreva seu número MassHealth ou anexe uma cópia do seu cartão MassHealth. Seu número MassHealth é o número de 12 dígitos abaixo do seu nome.

Número MassHealth

Você deve ter 65 anos ou mais, ter benefícios do MassHealth Standard, morar na área de atendimento do plano, não ser residente de um hospital crônico e não ter nenhum outro seguro de saúde abrangente para se inscrever em uma organização de cuidados para idosos. Para solicitar o MassHealth, ligue para 1-800-841-2900 (TTY: 1-800-497-4648 para pessoas surdas, com deficiência auditiva ou de fala). Se precisar de ajuda, entre em contato com a CCA pelo telefone 888-537-5816 (TTY: 711) 7 dias por semana, das 8 am às 8 pm (de 1.o de abril a 30 de setembro: de segunda a sexta-feira, das 8 am às 8 pm)

Informações sobre você (digite ou imprima em tinta preta ou azul)

Sobrenome	Nome	Inicial do meio

Data de nascimento	Sex0: ☐ Masculino ☐ Feminino

Número de telefone residencial	Número de telefone celular

Nome da unidade de enfermagem especializada (se aplicável)	Número Medicare (se aplicável)

Endereço permanente **(não uma caixa postal)**

Cidade	País	Estado	CEP

Nome do Beneficiário _____

Endereço de correspondência **(somente se for diferente do acima. Pode ser uma caixa postal.)**

Cidade	Estado	CEP

Endereço de e-mail (opcional)

Você terá outra cobertura de medicamentos com receita, além de CCA Senior Care Options e MassHealth (Medicaid)? ☐ **Sim** ☐ **Não**

(Exemplos: outros seguros privados, TRICARE, cobertura de benefícios de saúde de funcionários federais, benefícios de VA ou programas estaduais.)

Se você respondeu “sim”, qual é o nome do outro seguro?

Nome do outro seguro

Número do associado	Número do grupo
Caixa de Rx	Rx PCN (opcional)

Leia e assine abaixo

Ao preencher este requerimento de inscrição, concordo com o seguinte:

Commonwealth Care Alliance Senior Care Options (HMO D-SNP) é um plano Medicare Advantage e tem um contrato com o governo federal. O Commonwealth Care Alliance SCO Program também tem um contrato com a Commonwealth of Massachusetts/MassHealth. Precisarei manter meu MassHealth Standard e meu Medicare Partes A e B. Posso estar em apenas um plano Medicare Advantage por vez e entendo que minha inscrição neste plano encerrará automaticamente minha inscrição em outro plano de saúde Medicare ou plano de medicamentos com receita. É minha responsabilidade informá-lo sobre qualquer cobertura de medicamentos prescritos que eu tenha ou possa ter no futuro. Como tenho MassHealth, posso deixar o Commonwealth Care Alliance SCO Program a qualquer momento. Não serei mais coberto pelo Commonwealth Care Alliance SCO Program no primeiro dia do mês seguinte ao mês em que eu solicitar deixar o Commonwealth Care Alliance SCO Program. (Exemplo: Peço para deixar este plano em 10 de julho; não estou mais coberto por este plano em 1o de agosto.

O Commonwealth Care Alliance SCO Program atende a uma área de serviço específica. Se eu sair da área que o Commonwealth Care Alliance SCO Program atende, preciso notificar o plano para que eu possa me descadastrar e encontrar um novo plano na minha nova área. Quando sou membro do Commonwealth Care Alliance SCO Program, tenho o direito de recorrer de decisões do plano sobre pagamentos ou serviços se discordar deles. Lerei a Evidência de Cobertura do Commonwealth Care Alliance SCO Program quando recebê-la para saber quais regras devo seguir para receber cobertura com este plano Medicare Advantage. Entendo que os beneficiários do Medicare geralmente não são cobertos pelo Medicare enquanto estiverem fora do país, exceto para cobertura limitada perto da fronteira dos EUA.

Entendo que, a partir da data em que a cobertura do Commonwealth Care Alliance SCO Program começar, devo obter todos os meus cuidados de saúde do Commonwealth Care Alliance SCO Program, com exceção de serviços de emergência ou urgentemente necessários ou serviços de diálise fora da área. Os serviços autorizados pelo Commonwealth Care Alliance SCO Program e outros serviços contidos no documento de Evidência de Cobertura do Commonwealth Care Alliance SCO Program (também conhecido como contrato de membro ou contrato de assinante) serão cobertos. Sem autorização, NEM O MEDICARE NEM O COMMONWEALTH CARE ALLIANCE SCO PROGRAM PAGARÃO PELOS SERVIÇOS.

Entendo que, se eu estiver recebendo assistência de um agente de vendas, corretor ou outro indivíduo empregado ou contratado pelo Commonwealth Care Alliance SCO Program, ele poderá ser remunerado com base na minha inscrição no Commonwealth Care Alliance SCO Program.

Nome do Beneficiário _____

Ao participar deste plano de saúde Medicare, reconheço que o plano de saúde Medicare divulgará minhas informações ao Medicare e outros planos, conforme necessário para tratamento, pagamento e operações de assistência à saúde. Também reconheço que o Commonwealth Care Alliance SCO Program divulgará minhas informações ao Medicare, que poderá liberá-las para pesquisa e outros fins que seguem todos os estatutos e regulamentos federais aplicáveis.

Entendo que minha assinatura (ou a assinatura da pessoa autorizada a agir em nome do indivíduo de acordo com as leis do estado onde o indivíduo reside) neste aplicativo significa que li e compreendi o conteúdo deste requerimento. Se assinado por um indivíduo autorizado (conforme descrito acima), esta assinatura certifica que: 1) esta pessoa está autorizada pela lei estadual a concluir este registro e 2) a documentação desta autoridade está disponível mediante solicitação pelo Commonwealth Care Alliance SCO Program ou pelo Medicare.

As informações contidas neste formulário de inscrição estão corretas, salvo melhor juízo. Entendo que, se eu fornecer intencionalmente informações falsas neste formulário, serei descadastrado do plano.

Assinatura do requerente/membro/representante autorizado	**Data de hoje**
_____	

Se você for o representante autorizado, deverá assinar acima e fornecer as seguintes informações:
***NÃO É UM AGENTE DE VENDAS**

Sobrenome	Nome	
Endereço		
Cidade	Estado	CEP
Número de telefone residencial	Relação com o requerente	

Seção 2

Responder a essas perguntas é uma escolha sua. A cobertura não pode ser negada porque você não as preencheu.

Você é de origem hispânica, latina ou espanhola? Selecione todas as opções aplicáveis.

- ☐ Não, não de origem hispânica, latina ou espanhola
- ☐ Sim, porto-riquenha
- ☐ Sim, outra origem hispânica, latina ou espanhola
- ☐ Sim, mexicana, mexicana-americana, Chicana
- ☐ Sim, cubana
- ☐ **Escolho não responder**

Qual é a sua raça? Selecione todas as opções aplicáveis.

- ☐ Indígena americano ou nativo do Alasca
- ☐ Chinês
- ☐ Japonês
- ☐ Outras asiáticas
- ☐ Vietnaminta
- ☐ **Escolho não responder**
- ☐ Indígena asiática
- ☐ Filipina
- ☐ Coreana
- ☐ Outro habitante das Ilhas do Pacífico
- ☐ Branca
- ☐ Negra ou afro-americana
- ☐ Guamã ou Chamorro
- ☐ Nativa do Havaí
- ☐ Samoana

Nome do Beneficiário _____

Algumas perguntas para nos ajudar a gerenciar seu plano

Você preferiria informações do plano em outro idioma ou em um formato acessível? ☐ **Sim** ☐ **Não**

Em que idioma você prefere as informações do seu plano? ☐ Inglês ☐ Espanhol

Qual formato acessível: ☐ Braille. ☐ Letra grande. ☐ Outro_____

Você pode obter este documento gratuitamente em outros formatos, como impresso com fonte grande, em braile
ou áudio. Ligue para 866-610-2273 (TTY 711), das 8 a.m. às 8 p.m., 7 dias por semana, de 1.º de outubro a 31 de março. (1o de abril a 30 de setembro: 8 a.m. às 8 p.m., de segunda à sexta e das 8 a.m. às 6 p.m. de sábado e domingo.) A chamada é gratuita.

Você trabalha? ☐**Sim** ☐**Não.** **Seu cônjuge trabalha?** ☐**Sim** ☐**Não**

Você ou seu cônjuge tem outro seguro de saúde que cobrirá serviços médicos? (Exemplos: cobertura de outro grupo de empregadores, cobertura de LTD, remuneração de trabalhadores, responsabilidade automotiva ou benefícios de veteranos) ☐ **Sim** ☐ **Não**

Em caso "**afirmativo**", preencha o seguinte:

Nome da empresa de seguros de saúde

Número do associado

Informe o nome do seu clínico geral (PCP), clínica ou centro de saúde.

Você pode encontrar uma lista no site do plano ou no diretório do provedor.

Nome completo do provedor ou PCP

Apenas para uso de representantes de vendas/agências	
Representante de vendas licenciado/NPN	Data de recebimento inicial
Nome do representante/agente de vendas licenciado	Data de entrada em vigor proposta
O agente deve preencher ☐ IEP (participante MA-PD) ☐ IEP (participantes com MA-PD elegíveis para o 2o IEP) ☐ OEP (recém-qualificado) ☐ SEP (Mudança de residência) ☐ SEP (crônico) ☐ AEP (15 de outubro a 7 de dezembro) ☐ SEP (motivo SEP)	☐ ICEP (Participantes MA) ☐ OEP (1o de janeiro a 31 de março) ☐ SEP (alteração de status Dual LIS) ☐ SEP (Perda de cobertura EGHP) ☐ SEP (Manutenção de Dual LIS) ☐ OEPI

Assinatura do representante de vendas licenciado **Data**

_____

Envie o formulário preenchido por correio ou fax para:
A/C: Departamento de inscrição [Enrollment Deparment]
30 Winter Street
Boston, MA 02108, EUA

Nome do Beneficiário _____

DECLARAÇÃO DA LEI DE PRIVACIDADE: Os Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) coletam informações dos planos Medicare para rastrear a inscrição de beneficiários nos Planos Medicare Advantage (MA), melhorar o atendimento e para o pagamento de benefícios Medicare. As seções 1851 e 1860D-1 da Lei de Previdência Social e 42 CFR §§ 422.50 e 422.60 autorizam a coleta dessas informações. O CMS poderá usar, divulgar e trocar dados de inscrição de beneficiários do Medicare, conforme especificado no Aviso do Sistema de Registros (System of Records Notice, SORN) “Medicare Advantage Prescription Drug (MARx)”, Sistema N.o 09-70-0588. Sua resposta a este formulário é voluntária. No entanto, a não resposta pode afetar a inclusão no plano.