CCA Senior Care Options 2026

Formulário de inscrição

OMB Nº 0938-1378 Válido até: 31/12/2026

Quem pode usar este formulário?

Pessoas com Medicare que desejam aderir a um Medicare Advantage Plan ou a um Medicare Prescription Drug Plan

Para aderir a um plano, você deve:

- Ser cidadão dos Estados Unidos ou estar residindo legalmente nos EUA
- Residir na área de abrangência do plano

Importante: Para aderir a um Medicare Advantage Plan, você também deve ter:

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

Quando devo usar este formulário?

Você pode aderir a um plano:

- Entre 15 de outubro e 7 de dezembro de cada ano (para cobertura a partir de 1º de janeiro)
- Dentro de 3 meses após depois do primeiro cadastramento no Medicare
- Em certas situações em que você tem permissão para aderir ou trocar de plano

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

O que preciso para preencher este formulário?

- Número do seu Medicare (o número que aparece no seu cartão do Medicare vermelho, branco e azul)
- Seu endereço e número de telefone permanentes

Observação: Você deve preencher todos os itens da Seção 1. Os itens da Seção 2 são opcionais — você não pode ter a cobertura negada por não preenchê-los.

Lembretes

- Se quiser aderir a um plano durante a abertura para cadastramento no segundo semestre (de 15 de outubro a 7 de dezembro), o plano deverá receber seu formulário preenchido até 7 de dezembro.
- Prêmio de US$ 0[1]

Etapas seguintes

Envie seu formulário preenchido e assinado para:

Commonwealth Care Alliance, Inc.
2 Avenue de Lafayette, 5th Floor
Boston, MA 02110

Assim que sua solicitação de adesão for processada, entrarão em contato com você.

Como obtenho ajuda com este formulário?

Ligue para o CCA Senior Care Options (HMO D-SNP) no número +1-855-210-1790. Usuários de TTY podem ligar para 711.

Ou ligue para o Medicare no +1-800-MEDICARE (+1-800-633-4227). Usuários de TTY podem ligar para +1-877-486-2048.

En español: Llame a CCA Senior Care Options (HMO D-SNP) al 855-210-1790 (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.

Pessoas que vivem em situação de rua

- Se você quiser aderir a um plano, mas não tiver residência permanente, uma caixa postal, endereço de abrigo ou clínica ou endereço onde você receba correspondências (por exemplo, cheques da previdência social) pode ser considerados seu endereço de residência permanente.

[1]Você deve continuar pagando seu prêmio do Medicare Parte B, a menos que esteja sendo pago em seu nome pelo MassHealth.

De acordo com a Paperwork Reduction Act de 1995, nenhuma pessoa é obrigada a responder a uma coleta de informações, a menos que essa coleta exiba um número de controle OMB válido. O número de controle OMB válido desta coleta de informações é 0938-1378. O tempo necessário para preencher essas informações é estimado em uma média de 20 minutos por resposta, incluindo o tempo para revisar instruções, pesquisar recursos de dados existentes, reunir os dados necessários e concluir e revisar a coleta de informações. Se tiver comentários sobre a precisão da estimativa de tempo ou sugestões para melhorar este formulário, escreva para: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

IMPORTANTE: Não envie este formulário nem nenhum outro item com informações pessoais suas (como reivindicações, pagamentos, registros médicos etc.) para o PRA Reports Clearance Office. Todos os itens que recebermos que não sejam sobre como melhorar este formulário ou o ônus da coleta (descritos no OMB 0938-1378) serão destruídos. Não serão mantidos, revisados nem encaminhados ao plano. Veja "Etapas seguintes" nesta página para enviar seu formulário preenchido para o plano.

H2225_26_124383_C_PT

CCA Senior Care Options 2026

Formulário de inscrição

OMB Nº 0938-1378 Válido até: 31/12/2026

Seção 1 – Todos os campos desta página são obrigatórios (a menos que sejam marcados como opcionais)		
Selecione o plano que deseja aderir: ☐ CCA Senior Care Options (HMO D-SNP)		
PRIMEIRO nome:	ÚLTIMO nome:	Inicial do nome do meio:
Data de nascimento: (MM/DD/AAAA) (__ __/__ __/__ __ __ __)	Sexo: ☐ Masculino ☐ Feminino	Número de telefone: ( ) Número de celular: ( )
Endereço de residência permanente (Não inserir caixa postal. Observação: para pessoas sem teto, uma caixa postal pode ser considerada seu endereço de residência permanente.):		
Cidade:	Estado:	CEP:
Endereço para correspondência, se diferente do seu endereço permanente (caixa postal permitida): Rua:		
Cidade:	Estado:	CEP:
Suas informações do Medicare:		
Número Medicare: __ __ __ __ - __ __ __ - __ __ __ __		
Suas informações do MassHealth (Medicaid):		
Número do MassHealth: _____		
Responda a estas perguntas importantes:		
Você terá outra cobertura de medicamentos com receita (como VA, TRICARE), além do CCA Senior Care Options? ☐ Sim ☐ Não		
Nome da outra cobertura: _____	Número do beneficiário desta cobertura: _____	Número do grupo desta cobertura: _____
Você deve ter 65 anos ou mais, receber benefícios do MassHealth Standard, estar inscrito nas Partes A e B do Medicare, morar na área de atendimento do plano, não residir em um hospital de cuidados prolongados e não ter nenhum outro plano 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 com deficiência na fala). Se precisar de ajuda, entre em contato com a CCA pelo número 855-210-1790 (TTY: 711) 7 dias por semana, das 8 am às 8 pm (De 1º de abril a 30 de setembro: de segunda a sexta-feira, das 8 am às 8 pm).		

IMPORTANTE: leia e assine abaixo:	
Ao preencher este requerimento de cadastramento, concordo com o seguinte: Devo manter tanto a Parte A (Hospitalar) quanto a Parte B (Médica) do Medicare para continuar no CCA Senior Care Options.	
Ao aderir a este Medicare Advantage Plan, reconheço que o CCA Senior Care Options compartilhará minhas informações com o Medicare, que poderá usá-las para acompanhar minha inscrição, efetuar pagamentos e para outros fins permitidos pela legislação federal que autoriza a coleta dessas informações (consulte a Declaração de Privacidade abaixo). Sua resposta neste formulário é voluntária. No entanto, o não preenchimento pode afetar o cadastramento no plano.	
Entendo que só posso me inscrever em um único plano MA ou de Parte D por vez — e que a inscrição neste plano encerrará automaticamente minha inscrição em outro plano MA ou de Parte D (com exceções para planos MA PFFS e MA MSA).	
Entendo que, quando minha cobertura do CCA Senior Care Options começar, devo obter todos os meus benefícios médicos e de medicamentos com prescrição por meio do CCA Senior Care Options. Os benefícios e serviços fornecidos pelo CCA Senior Care Options e descritos no meu documento “Evidence of Coverage” (também conhecido como contrato de membro ou acordo de beneficiário) serão cobertos. Nem o Medicare nem o CCA Senior Care Options pagarão por benefícios ou serviços que não estejam cobertos.	
As informações neste formulário de cadastro estão corretas de acordo com o meu conhecimento. Entendo que se eu fornecer intencionalmente informações falsas neste formulário, meu cadastro no plano será cancelado.	
Entendo que minha assinatura (ou a assinatura da pessoa legalmente autorizada a agir em meu nome) neste formulário significa que li e compreendi o conteúdo desta inscrição. Se for assinada por um representante autorizado (conforme descrito acima), esta assinatura certifica que: 1) essa pessoa está autorizada, conforme a legislação estadual, a preencher esta inscrição; e 2) a documentação dessa autorização estará disponível mediante solicitação do Medicare.	
Assinatura:	**Data de hoje:**
Se você for o representante autorizado, assine acima e preencha estes campos:	
Nome:	Endereço:
Número de telefone:	Relação com o candidato:

Seção 2 – Todos os campos desta seção são opcionais

Responder a essas perguntas é uma escolha sua.
Você não pode ter a cobertura negada por não preencher os campos a seguir.

Selecione uma opção se quiser receber informações em um idioma diferente do inglês.
☐ Espanhol

Selecione uma opção se quiser receber informações em um formato acessível.
☐ Braile ☐ Letras grandes ☐ CD de áudio ☐ CD de dados

Entre em contato com a CCA Senior Care Options pelo telefone +1-866-610-2273 se precisar de informações em um formato de acessibilidade diferente do listado acima. Nosso horário de atendimento é de 8 am às 8 pm, 7 dias por semana. Usuários de TTY podem ligar para 711.

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

Informe o nome do seu médico de atenção primária (PCP), clínica ou centro de saúde.

Endereço de e-mail:

Apenas para pessoas que estejam ajudando o beneficiário a preencher este formulário

Preencha esta seção se você for uma pessoa (por exemplo: representantes, corretores, conselheiros do SHIP, familiares ou outros terceiros) que está ajudando um beneficiário a preencher este formulário.

Nome: Relação com o candidato:

Assinatura: Número nacional do produtor (somente representantes/corretores):

Uso exclusivo de representante/corretor. Obrigatório o preenchimento pelo representante/Corretor.

Data de recebimento inicial:	Data de vigência proposta:

☐ SEP (SEP de assistência integrada uma vez por mês para indivíduos com dupla elegibilidade)	☐ OEPI (Reside em uma unidade de cuidados de longa permanência)
☐ IEP (Novo no Medicare)	☐ OEPI (Saída de uma unidade de cuidados de tempo prolongado)
☐ IEP2 (Tinha Medicare antes, mas agora está com 65 anos)	☐ SEP (Mudança recente no Medicaid)
☐ ICEP (teve Parte A e recentemente se inscreveu para Parte B)	☐ SEP (Alteração recente na ajuda extra para pagamento de receitas)
☐ AEP (Período de Inscrição Anual)	☐ SEP (Saiu da cobertura do empregador)
☐ OEP (Em um Med Adv Plan e deseja alterar; 1º de janeiro a 31 de março)	☐ SEP (Outro _____)
☐ OEP (Em um Med Adv Plan <3 meses e deseja alterar; 1º de abril a 31 de dezembro)	

DECLARAÇÃO DA LEI DE PRIVACIDADE:

Os Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) coletam informações dos planos Medicare para rastrear a inscrição de beneficiários nos Medicare Advantage (MA) Plans, melhorar o atendimento e para o pagamento de benefícios do Medicare. As Seções 1851 e 1860D-1 da Social Security Act e CFR 42 §§ 422.50 e 422.60 autorizam a coleta dessas informações. Os CMS podem usar, divulgar e trocar dados de cadastramento de beneficiários do Medicare, conforme especificado no System of Records Notice (SORN) “Medicamento de prescrição Medicare Advantage (MARx)”, Sistema nº 09-70-0588. O preenchimento deste formulário é voluntário. No entanto, o não preenchimento pode afetar o cadastramento no plano.