

**¿Quién puede utilizar este formulario?**

Personas con Medicare que quieran inscribirse en un Medicare Advantage Plan o Medicare Prescription Drug Plan

**Para inscribirse en este plan, usted debe:**

- Ser ciudadano de los Estados Unidos o residir legalmente en los EE. UU.
- Vivir en el área de servicio del plan.

**Importante:** Para inscribirse en un Medicare Advantage Plan, también las dos siguientes:

- Medicare Part A (Seguro hospitalario)
- Medicare Part B (seguro médico)

**¿Cuándo utilizo este formulario?****Puede inscribirse en un plan:**

- Entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre de cada año (para que la cobertura comience el 1 de enero).
- En los 3 meses siguientes a la inscripción en Medicare por primera vez.
- En determinadas situaciones en las que se le permite inscribirse o cambiar de plan.

Visite [Medicare.gov](https://www.Medicare.gov) para obtener más información sobre cuándo puede inscribirse en un plan.

**¿Qué necesito para completar este formulario?**

- Su número de Medicare (el número que aparece en su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare).
- Su dirección permanente y número de teléfono.

**Nota:** Debe completar todos los elementos de la Sección 1. Los campos de la Sección 2 son opcionales; no se le puede denegar la cobertura por no completarlos.

**Recordatorios**

- Si desea quiere inscribirse en un plan durante el período de inscripción abierta de otoño (del 15 de octubre al 7 de diciembre), el plan debe recibir su formulario completo antes del 7 de diciembre.
- Prima de \$0<sup>1</sup>

**¿Qué pasa después?**

Envíe su formulario completo y firmado a:

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

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

**¿Cómo puedo obtener ayuda con este formulario?**

Llame a CCA One Care (HMO D-SNP) al 855-210-1659. Los usuarios de TTY pueden llamar al 711.

O bien, puede llamar 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 CCA One Care (HMO D-SNP) al 855-210-1659 (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 sin hogar**

- Si quiere inscribirse un plan, pero no tiene residencia permanente, su dirección de residencia permanente puede ser un apartado postal, una dirección de un refugio o clínica, o una dirección donde recibe correo (por ejemplo, cheques del seguro social).

<sup>1</sup>Debe continuar pagando la prima de Medicare Part B, a menos que MassHealth la pague en su nombre. CCA One Care (HMO D-SNP) es un plan de salud que tiene contratos con Medicare y MassHealth (Medicaid) para proporcionar los beneficios de ambos programas a los inscritos. La inscripción en el plan depende de la renovación del contrato del plan con Medicare. Este plan es un programa voluntario disponible para toda persona de 21 a 64 años que califique para MassHealth Standard o CommonHealth y Original Medicare y no tenga ningún otro seguro médico integral, excepto Medicare.  
H1486\_26\_124382\_C\_SP

| <b>Sección 1 – Todos los campos de esta página son obligatorios (a menos que estén marcados como opcionales)</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                  |                                            |                                                                    |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|
| <b>Seleccione el plan al que quiere inscribirse:</b> <input type="checkbox"/> CCA One Care (HMO D-SNP)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                  |                                            |                                                                    |
| Nombre:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                  | Apellido:                                  | Inicial del segundo nombre:                                        |
| Fecha de nacimiento:<br>MM/DD/AAAA<br>(__ __/__ __/__ __ __ __)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Sexo:<br><input type="checkbox"/> Masculino<br><input type="checkbox"/> Femenino |                                            | Número de teléfono<br>(       )<br>Número de celular:<br>(       ) |
| Dirección de residencia permanente (no ingrese un apartado postal. Nota: Para las personas sin hogar, un apartado postal puede ser su dirección de residencia permanente.):                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                  |                                            |                                                                    |
| Ciudad:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                  | Estado:                                    | Código postal:                                                     |
| Dirección de envío, si es diferente de su dirección permanente (se permiten apartados postales):<br>Calle:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                  |                                            |                                                                    |
| Ciudad:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                  | Estado:                                    | Código postal:                                                     |
| <b>Su información de Medicare:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                  |                                            |                                                                    |
| Número de Medicare:                      _ _ _ _ _ - _ _ _ _ _ - _ _ _ _ _                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                  |                                            |                                                                    |
| <b>Su información de MassHealth (Medicaid):</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                  |                                            |                                                                    |
| Número de MassHealth: _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                  |                                            |                                                                    |
| <b>Responda estas preguntas importantes:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                  |                                            |                                                                    |
| ¿Tendrá otra cobertura de medicamentos recetados (como VA, TRICARE) además de CCA One Care?<br><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                  |                                            |                                                                    |
| Nombre de la<br>otra cobertura:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Número de miembro de esta<br>otra cobertura:                                     | Número de grupo de esta<br>otra cobertura: |                                                                    |
| _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | _____                                                                            | _____                                      |                                                                    |
| Para reunir los requisitos, debe tener entre 21 y 64 años, una discapacidad, MassHealth Standard o CommonHealth, Medicare Part A y Part B, y reunir los requisitos para Medicare Part D. Debe vivir en el área del plan, no puede tener una exención de servicios basados en el hogar y la comunidad (Home and Community Based Services, HCBS) y no debe tener otro seguro médico integral. Para solicitar MassHealth, llame al 1-800-841-2900 (TTY: 1-800-497-4648 para personas sordas, con dificultades auditivas o del habla). Si necesita ayuda, comuníquese con CCA al 855-210-1659 (TTY: 711), los 7 días de la semana, de 8 am a 8 pm (del 1 de abril al 30 de septiembre: De lunes a viernes de 8 am a 8 pm). |                                                                                  |                                            |                                                                    |

| <b>IMPORTANTE: Lea y firme a continuación:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|
| <b>Al completar esta solicitud de inscripción, acepto lo siguiente:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                  |
| Debo mantener tanto la cobertura hospitalaria (Part A) como la médica (Part B) para permanecer en CCA One Care.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                  |
| Al inscribirme en Medicare Advantage Plan, acepto que CCA One Care compartirá mi información con Medicare, que podrá usarla para rastrear mi inscripción, realizar pagos y para otros fines permitidos por la ley federal que autoricen la recopilación de esta información (consulte la Declaración de la Ley de Privacidad a continuación). Usted responde este formulario voluntariamente. Sin embargo, si no lo completa, se podría ver afectada la inscripción en el plan.     |                                  |
| Entiendo que solo puedo estar inscrito en un plan MA o Part D a la vez y que la inscripción en este plan cancelará automáticamente mi inscripción en otro plan MA o Parte D (se aplican excepciones para los planes MA PFFS y MA MSA).                                                                                                                                                                                                                                              |                                  |
| Entiendo que cuando comience mi cobertura de CCA One Care, debo obtener todos mis beneficios médicos y de medicamentos recetados de CCA One Care. Se cubrirán los beneficios y servicios proporcionados por CCA One Care y que se incluyen en mi documento de "Evidencia de cobertura" de CCA One Care (también conocido como contrato de miembro o acuerdo de suscripción). Ni Medicare ni CCA One Care pagarán beneficios o servicios no cubiertos.                               |                                  |
| La información contenida en este formulario de inscripción es correcta según mi leal saber y entender. Entiendo que si doy información falsa intencionalmente en este formulario, se cancelará mi inscripción en el plan.                                                                                                                                                                                                                                                           |                                  |
| Entiendo que mi firma (o la firma de la persona legalmente autorizada para actuar en mi nombre) en esta solicitud implica que leí y comprendí el contenido de esta solicitud. Si la solicitud está firmada por un representante autorizado (como se describe anteriormente), esta firma certifica que: 1) esta persona está autorizada en virtud de la ley estatal para completar esta inscripción y 2) la documentación de esta autorización está disponible a pedido de Medicare. |                                  |
| <b>Firma:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | <b>Fecha de hoy:</b>             |
| <b>Si usted es el representante autorizado, firme arriba y complete estos campos:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                  |
| <b>Nombre:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | <b>Dirección:</b>                |
| <b>Número de teléfono</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | <b>Relación con el inscrito:</b> |

| <b>Sección 2 – Todos los campos de esta sección son opcionales</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Usted elige si quiere responder estas preguntas.<br/>No se le puede denegar la cobertura por no responderlas.</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| Seleccione una opción si quiere que le enviemos información en un idioma distinto al inglés.<br><input type="checkbox"/> Español:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| Seleccione una opción si quiere que le enviemos información en un formato accesible.<br><input type="checkbox"/> Braille <input type="checkbox"/> Letra grande <input type="checkbox"/> Cd de audio <input type="checkbox"/> CD de datos                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| Comuníquese con CCA One Care al 866-610-2273, si necesita información en un formato accesible distinto a los que se indican arriba. Nuestro horario de oficina es de 8 am a 8 pm, 7 días a la semana. Los usuarios de TTY pueden llamar al 711.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| ¿Trabaja? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | ¿Trabaja su cónyuge? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| Indique su médico de atención primaria (PCP), clínica o centro de salud:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| Dirección de correo electrónico:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Solo para personas que ayuden al inscrito a completar este formulario</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| Complete esta sección si es una persona (es decir, agentes, corredores, asesores de SHIP, familiares u otras personas) que está ayudando a un inscrito a completar este formulario.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| Nombre:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Relación con el inscrito:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| Firma:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Número de matrícula nacional (solo agentes/corredores):                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Solo para uso del agente/corredor. El agente/corredor debe completarlo.</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| Fecha de recepción inicial:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Fecha de entrada en vigor propuesta:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <input type="checkbox"/> SEP (SEP en atención integrada una vez por mes para personas con doble elegibilidad)<br><input type="checkbox"/> IEP (para personas nuevas en Medicare)<br><input type="checkbox"/> IEP2 (para personas que ya tenían Medicare, pero que cumplirán 65 años)<br><input type="checkbox"/> ICEP (la persona tuvo Part A y se inscribió recientemente en Part B)<br><input type="checkbox"/> AEP (Período de Elección Anual)<br><input type="checkbox"/> OEP (en un plan Med Adv y desea cambiar; 1 de enero – 31 de marzo)<br><input type="checkbox"/> OEP (en un plan Med Adv <3 meses y desea cambiar; 1 de abril – 31 de diciembre)                                                                                                                                                | <input type="checkbox"/> OEPI (Vivir en un centro de cuidados a largo plazo)<br><input type="checkbox"/> OEPI (Mudanza de un centro de cuidados a largo plazo)<br><input type="checkbox"/> SEP (Cambio reciente en Medicaid)<br><input type="checkbox"/> SEP (Cambio reciente en la Ayuda Adicional para el pago de recetas)<br><input type="checkbox"/> SEP (Cobertura del empleador izquierdo)<br><input type="checkbox"/> SEP (Otro _____) |
| <b>DECLARACIÓN DE LA LEY DE PRIVACIDAD</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| 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 para el pago de los beneficios de Medicare. Las secciones 1851 y 1860D-1 de la Ley del Seguro Social y 42 CFR §§ 422.50 y 422.60 autorizan la recopilación de esta información. Los CMS pueden usar, divulgar e intercambiar datos de inscripción de los beneficiarios de Medicare según lo especificado en el Aviso del Sistema de Registros (SORN) “Medicamentos con receta de Medicare Advantage (MARx)”, Sistema N.º 09-70-0588. Su respuesta a este formulario es voluntaria. Sin embargo, si no lo completa, se podría ver afectada la inscripción en el plan. |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |

Declaración sobre divulgación de la PRA: 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 de control válido de la Office of Management and Budget (OMB). El número de control válido de la OMB para esta recopilación de información es 0938-1378. Se estima que el tiempo necesario para completar esta información es en promedio de 20 minutos por respuesta, incluido el tiempo para revisar las instrucciones, buscar recursos de datos existentes, reunir los datos necesarios y completar y revisar la recopilación de información. Si tiene algún comentario sobre la precisión de las estimaciones de tiempo o sugerencias 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 artículo que contenga su información personal (como reclamos, pagos, registros médicos, etc.) a la Oficina de Autorización de Informes de PRA. Cualquier artículo que recibamos que no tenga que ver con cómo mejorar este formulario o su carga de recopilación (descrita en OMB 0938-1378) será destruido. No se guardará, revisará ni remitirá al plan. Consulte “¿Qué sucede después?” en la página 1 para enviar el formulario completo al plan.**