CCA One Care 2027

Formulario de inscripción

OMB n.º 0938-1378 | Vencimiento: 2/28/2029

¿Quién puede utilizar este formulario?

Personas con Medicare que desean inscribirse en un plan Medicare Advantage

Para inscribirse en un plan, debe cumplir con lo siguiente:

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

Importante: Para inscribirse en un plan Medicare Advantage, también deberá tener las dos siguientes partes:

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

¿Cuándo utilizo este formulario?

Puede inscribirse en un plan en los siguientes momentos:

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

Visite 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 campos 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 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.
- Su plan le enviará una factura por la prima del plan. Puede optar por inscribirse para que los pagos de las primas se deduzcan de su cuenta bancaria o de su beneficio mensual del Seguro Social (o de la Junta de Jubilación para Ferroviarios).

¿Qué sucede a continuación?

Envíe su formulario completo y firmado a la siguiente dirección:

Commonwealth Care Alliance®
P.O. Box 8738
Dayton, OH 45401-8738

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.

También 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 obtener asistencia en español, y un representante estará disponible para asistirle.

Personas sin hogar

- Si desea inscribirse en un plan, pero no tiene residencia permanente, un apartado postal, una dirección de un refugio o clínica, o la dirección donde recibe correo (por ejemplo, cheques del Seguro Social) pueden considerarse su dirección de residencia permanente.

CCA One Care 2027

Formulario de inscripción

OMB n.º 0938-1378 | Vencimiento: 2/28/2029

commonwealth care alliance®

Sección 1: Todos los campos de esta página son obligatorios (a menos que estén marcados como opcionales).		
Seleccione el plan en el que desea inscribirse: ☐ CCA One Care (HMO D-SNP)		
Nombre:	Apellido:	Inicial del segundo nombre:
Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA) (__ __/__ __/__ __ __ __) Sexo: ☐ Masculino ☐ Femenino	Número de teléfono ( ) Número de celular: ( )	
Dirección de residencia permanente (no ingrese apartados postales. Nota: En el caso de las personas sin hogar, un apartado postal puede considerarse su dirección de residencia permanente):		
Ciudad:	Estado:	Código postal:
Dirección de envío, si es diferente de su dirección permanente (se permiten apartados postales): Calle:		
Ciudad:	Estado:	Código postal:
Su información de Medicare:		
Número de Medicare: __ __ __ __ - __ __ __ - __ __ __ __		
Su información de MassHealth (Medicaid):		
Número de MassHealth: _____		
Responda estas preguntas importantes:		
¿Tendrá otra cobertura para medicamentos con receta (como VA o TRICARE), además de CCA One Care? ☐ Sí ☐ No		
Nombre de la otra cobertura: _____	Número de miembro de esta otra cobertura: _____	Número de grupo de esta otra cobertura: _____
Los planes para Necesidades Especiales con Doble Elegibilidad (Dual Eligible Special Needs, D-SNP) están destinados a quienes califican para Medicare y Medicaid. Al inscribirse en este plan, comprende que debe permanecer inscrito en el programa estatal de Medicaid a fin de seguir siendo elegible para este plan. 1) ¿Está inscrito en el programa estatal de Medicaid? [] Sí [] No 2) En caso afirmativo, proporcione su número de identificación de Medicaid: _____		

IMPORTANTE: Lea la siguiente información y firme abajo.	
Al completar esta solicitud de inscripción, acepto lo siguiente: Mantener tanto la cobertura hospitalaria (Parte A) como la médica (Parte B) para permanecer en CCA One Care.	
Al inscribirme en este plan Medicare Advantage, 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). Las respuestas que dé en este formulario son voluntarias. Sin embargo, si no lo completa, podría verse afectada la inscripción en el plan.	
Comprendo que solo puedo inscribirme en un plan MA a la vez y que la inscripción en este plan terminará automáticamente mi inscripción en otro plan MA (se aplican excepciones a los planes MA PFFS, MA MSA).	
Entiendo que cuando comience mi cobertura de CCA One Care, debo obtener todos mis beneficios médicos y de medicamentos con receta de CCA One Care. Se cubrirán los beneficios y servicios proporcionados por CCA One Care e incluidos en mi documento "Evidencia de cobertura" de CCA One Care (también conocido como "contrato del miembro" o "acuerdo del suscriptor"). Ni Medicare ni CCA One Care pagarán beneficios o servicios no cubiertos.	
Según mi leal saber y entender, la información de este formulario de inscripción es correcta. 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.	
Firma:	**Fecha de hoy:**
Si usted es el representante autorizado, firme arriba y complete estos campos:	
Nombre:	Dirección:
Número de teléfono	Relación con el inscrito:

Sección 2: Todos los campos de esta sección son opcionales.

Usted elige si quiere responder estas preguntas.
No se le puede denegar la cobertura por no responderlas.

Seleccione una opción si quiere que le enviemos información en un idioma distinto del inglés.
☐ Español:

Seleccione una opción si quiere que le enviemos información en un formato accesible.
☐ Braille ☐ Letra grande ☐ Cd de audio ☐ CD de datos

Comuníquese con CCA One Care al 866-610-2273 si necesita información en un formato accesible distinto de los que se indican arriba. Nuestro horario de atención es de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora del este (ET), y del 1 de octubre al 31 de marzo, atendemos los siete días de la semana en el mismo horario. Los usuarios de TTY pueden llamar al 711.

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

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

Quiero recibir los siguientes materiales por correo electrónico. Seleccione una o más opciones.
☐ Kit de preinscripción para el programa 2027 de CCA One Care (HMO D-SNP)
Dirección de correo electrónico:

Solo para personas que ayuden al inscrito a completar este formulario.

Complete esta sección si es una persona (es decir, agente, corredor, asesor de SHIP, familiar u otra persona) que ayuda al inscrito a completar este formulario.

Nombre:	Relación con el inscrito:
Firma:	Número de matrícula nacional (solo para agentes/corredores):

Solo para uso del agente/corredor. El agente/corredor debe completar esta sección.

Fecha de recepción inicial:	Fecha de entrada en vigor propuesta:
☐ SEP (SEP en atención integrada una vez por mes para personas con doble elegibilidad) ☐ IEP (para personas nuevas en Medicare) ☐ IEP2 (para personas que ya tenían Medicare, pero que cumplirán 65 años) ☐ ICEP (para personas que tuvieron la Parte A y se inscribieron recientemente en la Parte B) ☐ AEP (período de elección anual) ☐ OEP (para personas inscritas en un plan Medicare Advantage y desean cambiarlo; del 1 de enero al 31 de marzo) ☐ OEP (para personas inscritas en un plan Medicare Advantage desde hace 3 meses y desean cambiarlo; del 1 de abril al 31 de diciembre)	☐ OEPI (para personas que viven en un centro de cuidados a largo plazo) ☐ OEPI (para personas que se mudan de un centro de cuidados a largo plazo) ☐ SEP (cambio reciente en Medicaid) ☐ SEP (cambio reciente en Extra Help para pagar los medicamentos con receta) ☐ SEP (para personas que abandonan la cobertura del empleador) ☐ SEP (Otro _____)

DECLARACIÓN DE LA LEY DE PRIVACIDAD

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS) recopilan información de los planes de Medicare para hacer un seguimiento de la inscripción de los beneficiarios en los planes Medicare Advantage (MA), mejorar la atención y para pagar los beneficios de Medicare. Las Secciones 1851 y 1860D-1 de la Ley del Seguro Social, así como las Secciones 422.50 y 422.60 del Título 42 del Código de Reglamentos Federales (Code of Federal Regulations, CFR), autorizan la recopilación de esta información. Los CMS pueden usar, divulgar e intercambiar datos de inscripción de los beneficiarios de Medicare, según se especifica en el Aviso del Sistema de Registros (System of Records Notice, SORN) "Medicamentos con receta de Medicare Advantage (Medicare Advantage Prescription Drug, MARx)", sistema n.° 09-70-0588. Las respuestas que dé en este formulario son voluntarias. Sin embargo, si no lo completa, podría verse afectada la inscripción en el plan.

CCA One Care (HMO D-SNP) es un Plan para Necesidades Especiales con Doble Elegibilidad (D-SNP) que tiene contrato tanto con Medicare como con 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 que está disponible para cualquier persona de entre 21 y 64 años que califique para MassHealth Standard o CommonHealth y Original Medicare, y no tenga ningún otro seguro de salud integral, excepto Medicare.

De acuerdo con la Ley de Reducción de Papeleo (Paperwork Reduction Act, PRA) de 1995, ninguna persona está obligada a responder a una recopilación de información, a menos que exhiba un número de control válido de la Oficina de Administración y Presupuesto (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 de 20 minutos en promedio 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 comentarios relacionados con la precisión del tiempo estimado 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 elemento que contenga su información personal (como reclamos, pagos, historiales médicos, etc.) a la Oficina de Despacho de Informes de la PRA. Se destruirán los elementos que recibamos que no estén relacionados con las sugerencias de mejora de este formulario ni con la carga que implica su recopilación (descrita en OMB 0938-1378). No se guardarán, revisarán ni remitirán al plan. Consulte "¿Qué sucede a continuación?" en esta página para enviar su formulario completo al plan.