



Formulario de inscripción de MassHealth Senior Care Options (SCO) y Medicare Advantage

Sección 1: Todos los campos de esta página son obligatorios (a menos que estén marcados como opcionales)

- CCA Senior Care Options (HMO D-SNP) \$0 por mes
- CCA Senior Care Options (solo MassHealth) \$0 por mes

Este formulario es para personas que tienen beneficios de MassHealth Standard y las Partes A y B de Medicare, y eligen inscribirse en el Programa CCA Health SCO.

Información de MassHealth Standard (Medicaid)

¿Está inscrito en MassHealth?: Sí No

Escriba su número de MassHealth o adjunte una copia de su tarjeta de MassHealth. Su número de MassHealth es el número de 12 dígitos que aparece debajo de su nombre.

Número de MassHealth

Debe tener 65 años o más, tener beneficios de MassHealth Standard, vivir en el área de servicio del plan, no ser residente de un hospital para enfermos crónicos y no tener ningún otro seguro médico integral para inscribirse en una organización de atención para personas mayores. Para solicitar MassHealth, llame al 1-800-841-2900 (TTY 1-800-497-4648 para personas sordas, con dificultades auditivas o con discapacidades del habla). Si necesita ayuda, comuníquese con CCA al 888-537-5816 (TTY: 711), los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. (del 1.º de abril al 30 de septiembre: de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m.)

Información sobre usted (escriba a máquina o en letra de imprenta con tinta negra o azul)

Apellido		Primer nombre		Inicial del segundo nombre	
Fecha de nacimiento		Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino			
Número de teléfono particular () -		Número de teléfono celular () -			
Nombre del centro de enfermería especializada (si corresponde)				Número de Medicare (si corresponde)	
Dirección permanente (no una casilla postal)					
Ciudad		País		Estado	
				Código postal	

Nombre del afiliado _____

Dirección postal (solo si es diferente de la anterior. Puede dar una casilla postal).

Ciudad	Estado	Código postal
--------	--------	---------------

Dirección de correo electrónico (opcional)

¿Tendrá otra cobertura de medicamentos recetados además de CCA Senior Care Options y MassHealth (Medicaid)?

Sí No

(Ejemplos: otro seguro privado, TRICARE, cobertura de beneficios de salud para empleados federales, beneficios de Asuntos de Veteranos (Veterans Affairs, VA) o programas estatales).

Si respondió "sí", ¿cuál es el nombre del otro seguro?

Nombre del otro seguro

Número de miembro	Número de grupo
Rx Bin	Rx PCN (opcional)

Lea y firme a continuación

Al completar esta solicitud de inscripción, acepto lo siguiente:

Commonwealth Care Alliance Senior Care Options (HMO D-SNP) es un plan Medicare Advantage y tiene un contrato con el gobierno federal. El Programa Commonwealth Care Alliance SCO también tiene un contrato con el Estado de Massachusetts o MassHealth. Tendré que conservar mi plan MassHealth Standard y las Partes A y B de Medicare. Puedo estar en un solo plan Medicare Advantage a la vez y comprendo que mi inscripción en este plan finalizará automáticamente mi inscripción en otro plan de salud o plan de medicamentos recetados de Medicare. Es mi responsabilidad informarle sobre cualquier cobertura de medicamentos recetados que tenga o pueda obtener en el futuro. Debido a que tengo MassHealth, puedo abandonar el Programa Commonwealth Care Alliance SCO en cualquier momento. Ya no estaré cubierto por el Programa Commonwealth Care Alliance SCO el primer día del mes siguiente al mes en que solicito abandonar el Programa Commonwealth Care Alliance SCO. (Ejemplo: Solicito abandonar este plan el 10 de julio; ya no estaré cubierto por este plan el 1.º de agosto.

El Programa Commonwealth Care Alliance SCO presta servicios en un área de servicio específica. Si me mudo fuera del área en la que presta servicios el Programa Commonwealth Care Alliance SCO, debo notificar al plan para poder cancelar mi inscripción y encontrar un nuevo plan en mi nueva área. Una vez que sea miembro del Programa Commonwealth Care Alliance SCO, tengo derecho a apelar las decisiones del plan sobre pagos o servicios si no estoy de acuerdo con ellos. Leeré la Evidencia de cobertura del programa Commonwealth Care Alliance SCO cuando la reciba para saber qué reglas debo seguir a fin de recibir cobertura con este plan Medicare Advantage. Entiendo que los beneficiarios de Medicare generalmente no tienen cobertura de Medicare cuando están fuera del país, excepto por una cobertura limitada cerca de la frontera de EE. UU.

Entiendo que a partir de la fecha en que comience la cobertura del Programa Commonwealth Care Alliance SCO, debo recibir toda mi atención médica del Programa Commonwealth Care Alliance SCO, con la excepción de los servicios de emergencia o de urgencia, o los servicios de diálisis fuera del área. Estarán cubiertos los servicios autorizados por el Programa Commonwealth Care Alliance SCO y otros servicios que se incluyen en mi documento "Evidencia de cobertura" (también conocido como contrato del miembro o acuerdo del suscriptor) del Programa Commonwealth Care Alliance SCO. Sin autorización, NI MEDICARE NI EL PROGRAMA COMMONWEALTH CARE ALLIANCE SCO PAGARÁN LOS SERVICIOS.

Entiendo que si recibo asistencia de un agente de ventas, corredor u otra persona empleada o contratada por el Programa Commonwealth Care Alliance SCO, este puede recibir una compensación en función de mi inscripción en el Programa Commonwealth Care Alliance SCO.

Nombre del afiliado _____

H2225_24_114881_C_SP

Al inscribirme en este plan de salud de Medicare, reconozco que el plan de salud de Medicare divulgará mi información a Medicare y a otros planes según sea necesario para el tratamiento, el pago y las operaciones de atención médica. También reconozco que el Programa Commonwealth Care Alliance SCO divulgará mi información a Medicare, que puede divulgarla para fines de investigación y otros fines que cumplan con todos los estatutos y reglamentaciones federales aplicables.

Comprendo que mi firma (o la firma de la persona autorizada para actuar en nombre de la persona en virtud de las leyes del estado donde reside la persona) en esta solicitud significa que he leído y comprendido el contenido de esta solicitud. Si lo firma una persona autorizada (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 solicitud del Programa Commonwealth Care Alliance SCO o Medicare.

La información en este formulario de inscripción es correcta, a mi leal saber y entender. Entiendo que, si proporciono información falsa de forma intencional en este formulario, se cancelará mi inscripción en el plan.

Firma del solicitante/miembro/representante autorizado	Fecha de hoy

**Si usted es el representante autorizado, debe proporcionar la siguiente información:
*NO ES UN AGENTE DE VENTAS**

Apellido	Primer nombre	
Dirección		
Ciudad	Estado	Código postal
Número de teléfono particular () -	Relación con el solicitante	

Sección 2

Es su decisión responder o no estas preguntas. No se le puede negar la cobertura por no completarlos.

¿Es usted de origen hispano, latino o español? Seleccione todas las opciones que correspondan.

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> No, no soy de origen hispano, latino ni español | <input type="checkbox"/> Sí, soy de origen mexicano, mexicano americano, chicano |
| <input type="checkbox"/> Sí, soy de origen puertorriqueño | <input type="checkbox"/> Sí, soy de origen cubano |
| <input type="checkbox"/> Sí, soy de otro origen hispano, latino o español | |
| <input type="checkbox"/> Prefiero no responder | |

¿Cuál es su raza? Seleccione todas las opciones que correspondan.

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Indígena estadounidense o nativo de Alaska | <input type="checkbox"/> Indígena asiático | <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano |
| <input type="checkbox"/> Chino | <input type="checkbox"/> Filipino | <input type="checkbox"/> Guameño o chamorro |
| <input type="checkbox"/> Japonés | <input type="checkbox"/> Coreano | <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái |
| <input type="checkbox"/> Otro grupo asiático | <input type="checkbox"/> Otras islas del Pacífico | <input type="checkbox"/> Samoano |
| <input type="checkbox"/> Vietnamita | <input type="checkbox"/> Blanco | |
| <input type="checkbox"/> Prefiero no responder | | |

Nombre del afiliado _____

Algunas preguntas para ayudarnos a administrar su plan

¿Preferiría recibir la información del plan en otro idioma o en un formato accesible?

Sí No

¿En qué idioma prefiere la información de su plan? Inglés Español

Qué formato accesible: Braille Lestra grande Otro _____

Puede obtener este documento de forma gratuita en otros formatos, como letra de imprenta grande, braille o audio. Llame al 866-610-2273 (TTY 711), de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo. (del 1.º de abril al 30 de septiembre: de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., de lunes a viernes, y de 8:00 a.m. a 6:00 p.m., sábados y domingos). Las llamadas a esta línea son gratuitas.

¿Trabaja? Sí No

¿Su cónyuge trabaja? Sí No

¿Usted o su cónyuge tienen otro seguro médico que cubrirá los servicios médicos? (Ejemplos: cobertura grupal de otro empleador, cobertura de discapacidad a largo plazo (Long Term Disability LTD), compensación para trabajadores, responsabilidad civil o beneficios para veteranos)

Sí No

Si la respuesta es "sí", complete lo siguiente:

Nombre de la compañía de seguro médico

Número de miembro

Díganos el nombre de su proveedor de atención primaria (primary care provider, PCP), clínica o centro de salud.

Puede encontrar una lista en el sitio web del plan o en el directorio de proveedores.

Nombre completo del proveedor o PCP

Nombre del afiliado _____

Solo para uso del representante o la agencia de ventas	
Representante de ventas autorizado/NPN	Fecha de recepción inicial
Nombre del representante o agente de ventas autorizado	Fecha de entrada en vigencia propuesta
El agente debe completar <input type="checkbox"/> IEP (afiliado de MA-PD) <input type="checkbox"/> IEP (afiliados de MA-PD elegibles para el 2.º IEP) <input type="checkbox"/> OEP (recientemente elegible) <input type="checkbox"/> SEP (cambio de residencia) <input type="checkbox"/> SEP (enfermo crónico) <input type="checkbox"/> AEP (del 15 de octubre al 7 de diciembre) <input type="checkbox"/> SEP (motivo del SEP)	<input type="checkbox"/> ICEP (afiliados en MA) <input type="checkbox"/> OEP (del 1.º de enero al 31 de marzo) <input type="checkbox"/> SEP (cambio de estado de la cláusula LIS de doble elegibilidad) <input type="checkbox"/> SEP (pérdida de cobertura del EGHP) <input type="checkbox"/> SEP (mantenimiento de la cláusula LIS de doble elegibilidad) <input type="checkbox"/> OEPI

Firma del representante de ventas autorizado	Fecha
_____	_____

Envíe por correo postal o fax el formulario completado a:

ATTN: Enrollment Department
 30 Winter Street
 Boston, MA 02108

Nombre del afiliado _____

DECLARACIÓN RESPECTO A 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 beneficiarios en los planes Medicare Advantage (MA), para 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 el título 42, secciones 422.50 y 422.60 del CFR autorizan la recopilación de esta información. Los CMS pueden usar, divulgar e intercambiar datos de inscripción de beneficiarios de Medicare según se especifica en la Notificación del Sistema de Registro de Datos (System of Records Notice, SORN) "Medicamentos con Receta Médica de Medicare Advantage (Medicare Advantage Prescription Drug, MARx)", Sistema n.º 09-70-0588. Su respuesta a este formulario es voluntaria. Sin embargo, si no responde, podría afectar su inscripción en el plan.