

Solicitud de Inscripción en Masshealth SCO Medicare Advantage 2018

Si necesita información en otro idioma, formato o en braille, comuníquese con UnitedHealthcare® Senior Care Options (HMO SNP).

Este formulario es para personas que tienen los beneficios de MassHealth Standard (Medicaid) y deciden inscribirse en UnitedHealthcare® Senior Care Options (HMO SNP). Usted también debe estar inscrito en las Partes A y B de Medicare.

Si tiene MassHealth Standard, pero no califica para Medicare Original, tal vez aún cumpla los requisitos para inscribirse en un plan MassHealth Senior Care Options (SCO) y recibir todos los beneficios de MassHealth a través de nuestro programa SCO.

Información sobre el programa MassHealth Standard (Medicaid).

¿Está inscrito en el programa MassHealth? Sí No

Escriba el número de su tarjeta de ID de MassHealth o adjunte una copia de la tarjeta. Este número tiene 12 dígitos y se encuentra debajo de su nombre.

N.º de ID de MassHealth __/__/__/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_

Para inscribirse en una organización de cuidado para adultos de edad avanzada, usted debe recibir los beneficios de MassHealth Standard. Para solicitar su inscripción en MassHealth, llame al 1-888-834-3721 (TTY 1-800-497-4648 para personas con pérdida auditiva total o parcial).

Datos del miembro (escriba a máquina o en letra de molde con tinta negra o azul).

<input type="checkbox"/> Sr. <input type="checkbox"/> Sra. <input type="checkbox"/> Srta.	Apellidos	Nombre	Inicial del segundo nombre
---	-----------	--------	----------------------------

Fecha de nacimiento MM/DD/YYYY Sexo Masculino Femenino

N.º de teléfono principal () - N.º de teléfono adicional () -

Nombre del centro de enfermería especializada (si corresponde)

Dirección permanente (no se permite casilla de correo)

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

Dirección postal (solamente si es distinta a la dirección permanente. Puede ser una casilla de correo).

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

Dirección de correo electrónico

Nombre del miembro _____

H2226_170518_144740SP

UHCSCO_170518_144740SP

UHMA18DU4063671_000

Esta página se dejó en blanco de manera intencional.

Información de Medicare.

Para completar esta sección, utilice su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare.

- Complete esta información con los datos tal y como aparecen en su tarjeta de Medicare.

O BIEN,

- Adjunte una copia de su tarjeta de Medicare, o de la carta del Seguro Social o de la Junta de Retiro Ferroviario.

Nombre (tal y como aparece en su tarjeta de Medicare): _____

Número de Medicare: _____

Con derecho a _____ Fecha de vigencia _____

Servicios hospitalarios (Parte A) _____

Servicios médicos (Parte B) _____

Usted debe tener la Parte A y la Parte B de Medicare para inscribirse en un plan Medicare Advantage.

Su respuesta a las siguientes preguntas nos ayudará a administrar mejor el plan.

1. ¿Desea recibir información sobre el plan en otro idioma o formato? Sí No

Seleccione una opción: Español Otro

Si necesita información en otro formato o idioma que no aparece arriba, comuníquese con el plan UnitedHealthcare® SCO (HMO SNP) al 1-888-834-3721. Nuestro horario de atención es de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.

2. ¿Padece enfermedad renal en etapa terminal? Sí No

En general, si respondió "sí" a esta pregunta, no puede inscribirse en el plan Senior Care Options. Sin embargo, si se le hizo un trasplante de riñón con buenos resultados o si ya no necesita diálisis de forma habitual, adjunte una nota o registros de su médico que lo demuestre; de lo contrario, nos comunicaremos con usted para obtener información adicional.

Lea esta información importante.

Si en este momento tengo cobertura de salud a través de un empleador o sindicato, podría perderla si me inscribo en el plan UnitedHealthcare® SCO (HMO SNP). Leeré la información que me envíe mi empleador o sindicato. Si tengo preguntas, visitaré el sitio web o llamaré al administrador de beneficios o a la oficina encargada de responder preguntas sobre la cobertura de mi empleador o sindicato.

Nombre del miembro _____

H2226_170518_144740SP

UHCSCO_170518_144740SP

UHMA18DU4063671_000

Esta página se dejó en blanco de manera intencional.

3. ¿Trabaja usted o su cónyuge? Sí No

¿Usted o su cónyuge tienen otro seguro de salud que cubrirá servicios médicos? Sí No
(Por ejemplo: Otra cobertura de salud de grupo del empleador, cobertura de discapacidad a largo plazo, seguro de accidentes laborales, cobertura de responsabilidad civil de automóviles o beneficios para veteranos)

Si respondió “sí”, proporcione los siguientes datos:

Nombre de la compañía de seguro de salud _____

Nombre del suscriptor _____ ID del grupo _____

N.º de ID del miembro _____ Fechas de vigencia (si corresponde) _____

Algunas personas podrían tener otra cobertura de medicamentos, por ejemplo, seguro privado, TRICARE, cobertura de beneficios de salud para empleados federales, beneficios para veteranos o Programas Estatales de Ayuda para Medicamentos.

¿Tendrá otra cobertura de medicamentos con receta además del plan Senior Care Options y el programa MassHealth (Medicaid)?

Sí No

Si respondió “sí”, proporcione los siguientes datos:

Nombre del otro seguro _____

N.º de ID de la cobertura _____ N.º de grupo de la cobertura _____

4. Proporcione el nombre de su proveedor de cuidado primario, clínica o centro de salud.

La lista se encuentra en el sitio web del plan o en el **Directorio de Proveedores**.

Nombre completo del proveedor o proveedor de cuidado primario _____

Número de teléfono () _____ - _____

N.º de ID del proveedor o proveedor de cuidado primario

(Escriba el número exactamente como aparece en el sitio web o en el **Directorio**. Es un número de 10 a 12 dígitos. No incluya guiones).

Lea y firme a continuación.**Al llenar esta solicitud, acuerdo que:**

Esta organización de cuidado para adultos de edad avanzada, UnitedHealthcare® SCO (HMO SNP), es un plan Medicare Advantage que tiene un contrato con el gobierno federal. El plan UnitedHealthcare® SCO (HMO SNP) también tiene un contrato con la Mancomunidad de Massachusetts o MassHealth. No se trata de un plan complementario de Medicare. Debo conservar mi cobertura de MassHealth Standard. También tendré que conservar la Parte A y la Parte B de Medicare, si cumplo los requisitos. Solamente puedo estar inscrito en un plan Medicare Advantage o en uno de medicamentos con receta a la vez y entiendo que mi inscripción en este plan cancelará automáticamente mi inscripción en otro plan de salud o plan de medicamentos con receta de Medicare. Si tengo cobertura de medicamentos con receta o si la obtengo en otra parte, daré aviso al plan. Como estoy inscrito en el programa MassHealth, puedo dejar el plan UnitedHealthcare® SCO (HMO SNP) en cualquier momento. Dejaré de estar cubierto por el plan UnitedHealthcare® SCO (HMO SNP) el primer día del mes posterior al mes en que solicite dejar el plan. (Por ejemplo: Si solicito dejar este plan el 10 de julio, dejaré de estar cubierto por el plan el 1 de agosto).

Nombre del miembro _____

H2226_170518_144740SP

UHCSCO_170518_144740SP

UHMA18DU4063671_000

Esta página se dejó en blanco de manera intencional.

UnitedHealthcare® SCO (HMO SNP) cubre un área de servicio específica. Si me mudo fuera del área de servicio del plan UnitedHealthcare® SCO (HMO SNP), tendré que notificar al plan para poder cancelar mi inscripción y encontrar otro plan en el área nueva. Una vez que sea miembro del plan UnitedHealthcare® SCO (HMO SNP), tendré derecho a apelar las decisiones del plan sobre pago o servicios si no estoy de acuerdo con ellas. Leeré el documento **Evidencia de Cobertura** del plan UnitedHealthcare® SCO (HMO SNP) cuando lo reciba para enterarme de las reglas de la cobertura de este plan Medicare Advantage. Entiendo que los beneficiarios de Medicare y Medicaid generalmente no están cubiertos por estos programas mientras están fuera del país, con ciertas excepciones.

Entiendo que a partir de la fecha en que comience la cobertura del plan UnitedHealthcare® SCO (HMO SNP), debo obtener todos los servicios de cuidado de la salud de parte de UnitedHealthcare® SCO (HMO SNP), a excepción de servicios para emergencias o requeridos de urgencia y servicios de diálisis fuera del área de servicio. Los servicios que estarán cubiertos serán los que autorice el plan UnitedHealthcare® SCO (HMO SNP) y aquellos incluidos en el documento **Evidencia de Cobertura** (también conocido como contrato del miembro o convenio del suscriptor) del plan UnitedHealthcare® SCO (HMO SNP). **Si no existe esa autorización, ni Medicare, MassHealth, ni UnitedHealthcare® SCO (HMO SNP) pagarán el costo de estos servicios.**

Entiendo que si recibo ayuda de un agente de ventas, agente de seguros o una persona empleada o contratada por UnitedHealthcare® Services, Inc., es probable que esta persona reciba una comisión basada en mi inscripción en el plan UnitedHealthcare® SCO (HMO SNP).

Divulgación de información: Al inscribirme en el plan UnitedHealthcare® Senior Care Options (HMO SNP) (UnitedHealthcare® SCO), acepto que UnitedHealthcare® SCO divulgue mi información a Medicare o MassHealth y a otros planes o proveedores según sea necesario para tratamiento, procesamiento de pagos y tareas administrativas de cuidado de la salud. También acepto que el plan UnitedHealthcare® SCO (HMO SNP) divulgue mi información, incluidos datos de eventos asociados a medicamentos con receta al programa Medicare, que a su vez, puede divulgarla para fines de investigación u otros que cumplan todos los estatutos y normas federales correspondientes. La información de esta solicitud de inscripción es correcta a mi leal saber y entender. Entiendo que, si incluyo información en esta solicitud que no es verdadera, perderé mi inscripción en el plan.

Entiendo que mi firma (o la firma de la persona autorizada para actuar en nombre del solicitante conforme a las leyes del estado en el que este reside) en esta solicitud de inscripción significa que he leído y entiendo su contenido. Si la firma es de una persona autorizada (según lo descrito arriba), certifica que: 1) esta persona está autorizada para realizar la inscripción conforme a las leyes estatales y 2) la documentación de esta autorización se encuentra disponible a pedido del plan UnitedHealthcare® SCO (HMO SNP) o de Medicare. Uno de nuestros representantes de servicio a los miembros se comunicará con usted para verificar la información de esta solicitud y para asegurarse de que usted haya entendido las reglas del plan.

Proporcione el número de teléfono al que podemos llamarlo: (_____) _____ - _____
Mejor horario para llamar: Mañana Tarde Noche

Firma del solicitante/miembro/representante autorizado

Fecha de hoy

MM/DD/YYYY

Nombre del miembro _____

H2226_170518_144740SP

UHCSCO_170518_144740SP

UHMA18DU4063671_000

Esta página se dejó en blanco de manera intencional.

Si usted es el representante autorizado, debe firmar arriba y proporcionar los siguientes datos.

Apellidos	Nombre	
Dirección		
Ciudad	Estado	Código postal
N.º de teléfono () -		
Relación con el solicitante		

Para uso exclusivo de la agencia o del representante de ventas.

ID del sistema para el representante de ventas con licencia	Fecha de recepción inicial MM/DD/YYYY
Nombre del agente o representante de ventas con licencia	Fecha de vigencia propuesta MM/DD/YYYY
N.º de teléfono del representante de ventas con licencia () -	

¿Dónde se originó esta solicitud?

- Programa en tiendas al por menor/centros comerciales Reunión en la comunidad
 Reunión con el miembro Programa de extensión local de empresa a empresa
 Programa de extensión en un evento local Otro

¿Cómo se presentó esta solicitud?

- Cita Otro Por correo

A ser llenado por el agente de ventas

- AEP ICEP (miembros de MA) IEP (miembros de MA-PD) IEP (miembros de MA-PD que cumplen los requisitos para un segundo período de inscripción inicial)
 OEPI SEP (condición crónica) SEP (personas con calificación doble completa)
 SEP (personas con calificación doble parcial) SEP (por razón del período de elección especial) _____
 Fecha de elegibilidad del período de elección especial MM/DD/YYYY

Firma del representante de ventas con licencia

Nombre del miembro _____

H2226_170518_144740SP
UHCSCO_170518_144740SP

UHMA18DU4063671_000

UnitedHealthcare SCO es un plan de cuidado coordinado que tiene un contrato con Medicare y un contrato con el programa de Medicaid de la Mancomunidad de Massachusetts. 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 personas de 65 años o más que califican para MassHealth Standard y Medicare Original. Si tiene MassHealth Standard, pero no califica para Medicare Original, tal vez aún cumpla los requisitos para inscribirse en un plan MassHealth Senior Care Options (SCO) y recibir todos los beneficios de MassHealth a través de nuestro programa SCO.

UnitedHealthcare no discrimina por motivos de raza, color, origen nacional, sexo, edad, o discapacidad en sus programas y actividades relacionados con la salud.

Ofrecemos servicios gratuitos para ayudarle a que se comunique con nosotros. Por ejemplo, cartas en otros idiomas o en letra grande. O bien, usted puede pedir un intérprete. Para pedir ayuda, llame al **1-888-834-3721**, TTY **711**, todos los días, de 8 a.m. a 8 p.m.