



Solicitud de Inscripción en MassHealth SCO Medicare Advantage 2020

UnitedHealthcare® Senior Care Options (HMO D-SNP) H2226-001

Este plan es para personas mayores de 65 años que están inscritas en la Parte A y B de Medicare y en la cobertura de MassHealth Standard. Incluye a Beneficiarios Calificados de Medicare con beneficios completos de Medicaid (Qualified Medicare Beneficiary, QMB Plus) y Beneficiarios de Medicare de Bajos Ingresos con beneficios completos de Medicaid (Specified Low-Income Medicare Beneficiary, SLMB Plus) mayores de 65 años de edad con cobertura de MassHealth Standard.

UnitedHealthcare® Senior Care Options NHC (HMO D-SNP) H2226-003

Este plan es para personas mayores de 65 años que están inscritas en la Parte A y B de Medicare y en la cobertura de MassHealth Standard, y que residen en una institución o que están en la comunidad pero reciben servicios de apoyo a domicilio y en la comunidad porque tienen déficits funcionales. Estos servicios permiten que las personas que normalmente califican para un asilo de convalecencia (certificables para asilo de convalecencia) permanezcan de forma segura en su domicilio.

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

Este formulario es para personas que tienen los beneficios de MassHealth Standard (Medicaid) y deciden inscribirse en UnitedHealthcare® Senior Care Options. 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 UnitedHealthcare® SCO.

Información sobre el programa MassHealth Standard (Medicaid).

¿Está inscrito en el programa MassHealth? Sí No

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

N.º 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.	Apellidos	Nombre	Inicial del segundo nombre
<input type="checkbox"/> Sra.			
<input type="checkbox"/> Srta.			
Fecha de nacimiento	MM-DD-YYYY	Sexo:	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
N.º de teléfono diurno () -		N.º de teléfono móvil () -	

Nombre del miembro _____

H2226_ERF_2020_SP_M

UHCSCO_ERF_H2226_2020SP

CSMA20HM4502612_000

Esta página se dejó en blanco de manera intencional.

Nombre del centro de enfermería especializada (si corresponde)

Dirección permanente (**no se permite casilla de correo**)

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

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

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

Dirección de correo electrónico

Información de Medicare.

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

- Llene 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):

N.º de Medicare _____

Sexo: _____

Con derecho a:

Fecha de vigencia:

Servicios hospitalarios (Parte A)

MM-DD-YYYY

Servicios médicos (Parte B)

MM-DD-YYYY

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

Nombre del miembro _____

H2226_ERF_2020_SP_M

UHCSCO_ERF_H2226_2020SP

CSMA20HM4502612_000

Esta página se dejó en blanco de manera intencional.

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

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

Seleccione una opción: Español Otro

Si necesita información en otro formato o idioma que no aparece arriba, comuníquese gratis con el plan UnitedHealthcare® SCO al 1-888-834-3721. Nuestro horario de atención es de 8 a.m. a 8 p.m., 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 UnitedHealthcare® SCO. Sin embargo, si su trasplante de riñón fue exitoso y ya no necesita diálisis en forma regular, adjunte una carta del médico o el registro médico como comprobante de que su trasplante de riñón fue exitoso y no necesita diálisis, de lo contrario, nos comunicaremos con usted para obtener información adicional.

Lea esta información importante.

Si en este momento tengo cobertura de salud de parte de un sindicato o empleador, podría perderla si me inscribo en el plan UnitedHealthcare® SCO. 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.

3. ¿Trabaja usted o su cónyuge? Sí No

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

Si respondió “sí”, proporcione los siguientes datos:

Nombre de la compañía de seguros de salud

Nombre del suscriptor

N.º de grupo

N.º de miembro

Fechas de vigencia (si corresponde)

MM-YYYY - MM-YYYY

4. 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 adicional al plan UnitedHealthcare® SCO y el programa MassHealth (Medicaid)? Sí No

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

Nombre del otro seguro

N.º de miembro

N.º de grupo

Fecha de inicio del plan

MM-DD-YYYY

Nombre del miembro

H2226_ERF_2020_SP_M

UHCSCO_ERF_H2226_2020SP

CSMA20HM4502612_000

Esta página se dejó en blanco de manera intencional.

5. Proporcione el nombre de su proveedor de cuidado primario (primary care provider, PCP), 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	N.º de teléfono () —
---	--------------------------------------

N.º del proveedor o proveedor de cuidado primario: _____ (Escriba el número exactamente como aparece en el sitio web o en el Directorio de Proveedores. 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, es un plan Medicare Advantage que tiene un contrato con el gobierno federal. UnitedHealthcare® SCO también tiene un contrato con la Mancomunidad de Massachusetts/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 cumpla 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 automáticamente terminará mi inscripción en cualquier otro plan de salud de Medicare o plan de medicamentos con receta de Medicare que tenga. 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 en cualquier momento. Dejaré de estar cubierto por el plan UnitedHealthcare® SCO 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).

UnitedHealthcare® SCO cubre un área de servicio específica. Si me mudo fuera del área de servicio del plan UnitedHealthcare® SCO, tendré que notificar al plan para poder cancelar mi inscripción y buscar otro plan en el área nueva. Una vez que sea miembro del plan UnitedHealthcare® SCO, tendré derecho a apelar las decisiones del plan sobre pagos o servicios si no estoy de acuerdo con ellas. Leeré la Evidencia de Cobertura del plan UnitedHealthcare® SCO cuando la 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, debo obtener todos los servicios de cuidado de la salud de parte de UnitedHealthcare® SCO, 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 y aquellos incluidos en la Evidencia de Cobertura (también conocida como contrato del miembro o convenio del suscriptor) del plan UnitedHealthcare® SCO. **Si no existe esa autorización, ni Medicare, MassHealth, ni UnitedHealthcare® SCO 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.

Nombre del miembro _____

H2226_ERF_2020_SP_M

UHCSCO_ERF_H2226_2020SP

CSMA20HM4502612_000

Esta página se dejó en blanco de manera intencional.

Divulgación de información: Al inscribirme en el plan UnitedHealthcare® Senior Care Options (UnitedHealthcare® SCO), acepto que UnitedHealthcare® SCO divulgue mi información a Medicare o MassHealth y a otros planes o proveedores según sea necesario para tratamientos, pagos y operaciones de cuidado de la salud. También acepto que el plan UnitedHealthcare® SCO 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 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 llamarle

(_____) _____ - _____

Mejor horario para llamar: Mañana Tarde Noche

Firma del solicitante/miembro/representante autorizado

Fecha de hoy

MM-DD-YYYY

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

*** NO UN AGENTE DE VENTAS**

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

Nombre del miembro _____

H2226_ERF_2020_SP_M

UHCSCO_ERF_H2226_2020SP

CSMA20HM4502612_000

Esta página se dejó en blanco de manera intencional.

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

ID del sistema para el representante de ventas con licencia @AGENTID@	Fecha de recepción inicial MM-DD-YYYY
Nombre del agente o representante de ventas con licencia @AGENTFULLNAME@	Fecha de vigencia propuesta MM-DD-YYYY
N.º de teléfono del representante de ventas con licencia @AGENTPHONE@	

¿Dónde se originó esta solicitud?

- Programa Nacional en Tiendas Minoristas/Centros Comerciales
 Reunión en la comunidad Reunión con el miembro
 Cita Programa de Extensión en un Evento Local Otro

¿Cómo se presentó esta solicitud? Por correo Por fax En Internet

Para ser llenado por el agente de ventas

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> IEP (miembro de MA-PD) | <input type="checkbox"/> ICEP (miembros de MA) _____ |
| <input type="checkbox"/> IEP (miembros de MA-PD que cumplen los requisitos para el 2.º IEP) | <input type="checkbox"/> OEP (1 de enero a 31 de marzo) |
| <input type="checkbox"/> OEP (personas que acaban de empezar a cumplir los requisitos) | <input type="checkbox"/> SEP (LIS doble con cambio de estatus) |
| <input type="checkbox"/> SEP (cambio de residencia) | <input type="checkbox"/> SEP (pérdida de la cobertura del EGHP) |
| <input type="checkbox"/> SEP (condición crónica) | <input type="checkbox"/> SEP (LIS doble sin cambio de estatus) |
| <input type="checkbox"/> AEP (15 de octubre a 7 de diciembre) | <input type="checkbox"/> OEPI |
| <input type="checkbox"/> SEP (razón del Período de Elección Especial) | <input type="checkbox"/> SEP Fecha de elegibilidad del Período de Elección Especial MM-DD-YYYY |

Firma del representante de ventas con licencia

Fecha

MM-DD-YYYY

Una vez llenada esta solicitud, envíala por correo o fax a:

ATTN: Enrollment Department
 950 Winter Street, Suite 3800
 Waltham, MA 02451
 1-855-250-2168

Esta página se dejó en blanco de manera intencional.

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 en adelante 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.

Esta página se dejó en blanco de manera intencional.