

## Solicitud de Inscripción en MassHealth SCO Medicare Advantage 2021

**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 Plus (Qualified Medicare Beneficiary, QMB Plus) y Beneficiarios de Medicare de Bajos Ingresos Plus (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.

**Este formulario es para personas que tienen los beneficios de MassHealth Standard (Medicaid) y eligen 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.			

Nombre del miembro \_\_\_\_\_

Esta página se dejó en blanco de manera intencional.

Fecha de nacimiento **MM - DD - YYYY**      Sexo:  Masculino  Femenino

N.º de teléfono diurno (      ) -      N.º de teléfono móvil (      ) -

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**      **MM - DD - YYYY**  
**(Parte A)**

**Servicios médicos**              **MM - DD - YYYY**  
**(Parte B)**

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

Nombre del miembro \_\_\_\_\_

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 anteriormente, comuníquese con el plan UnitedHealthcare® SCO al número gratuito 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.

**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.

**2. ¿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, Seguro 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

**3. 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

Esta página se dejó en blanco de manera intencional.

**4. 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/proveedor de cuidado primario	N.º de teléfono (        )        –
-------------------------------------------------------------	----------------------------------------

N.º del proveedor/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 de Inscripción, acepto lo siguiente:**

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. Debo mantener las Partes A y B para seguir inscrito en UnitedHealthcare® SCO. Solamente puedo estar inscrito en un plan de salud o plan de Medicamentos con Receta de Medicare a la vez. Si tengo otro plan de salud o plan de Medicamentos con Receta de Medicare y me inscribo en este plan, perderé mi inscripción en el otro plan. Si actualmente tengo cobertura de medicamentos con receta o más adelante la obtengo de alguien más, 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 tengo planeado mudarme fuera del área de servicio del plan UnitedHealthcare® SCO, llamaré al plan para cancelar mi inscripción y buscar un nuevo plan en mi nueva área. Una vez que sea miembro del plan UnitedHealthcare® SCO, si estoy en desacuerdo, tengo derecho a apelar las decisiones del plan sobre pagos y servicios.

UnitedHealthcare® SCO cubre un área de servicio específica. Si tengo planeado mudarme fuera del área de servicio del plan UnitedHealthcare® SCO, llamaré al plan para cancelar mi inscripción y buscar un nuevo plan en mi nueva área. Una vez que sea miembro del plan UnitedHealthcare® SCO, si estoy en desacuerdo, tengo derecho a apelar las decisiones del plan sobre pagos y servicios. Entiendo que los beneficiarios de Medicare generalmente no están cubiertos por Medicare mientras están fuera del país, excepto por una cobertura limitada cerca de la frontera de los Estados Unidos.

Entiendo que cuando comience mi cobertura de UnitedHealthcare® SCO, debo recibir todos mis beneficios médicos y beneficios de medicamentos con receta de UnitedHealthcare® SCO. Los beneficios y servicios autorizados por UnitedHealthcare® SCO y contenidos en mi documento Evidencia de Cobertura de UnitedHealthcare® SCO (también conocido como contrato del miembro o convenio del suscriptor) estarán cubiertos. **Sin autorización, ni Medicare, Masshealth ni UnitedHealthcare® SCO pagarán beneficios o servicios.**

Nombre del miembro \_\_\_\_\_

Esta página se dejó en blanco de manera intencional.



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.

**Divulgación de Información:** Al inscribirme en este Plan Medicare Advantage o Plan de Medicamentos con Receta de Medicare, reconozco que el plan divulgará mi información a Medicare y a otros planes cuando sea necesario para tratamiento, procesamiento de pagos y tareas administrativas de cuidado de la salud. También acepto que UnitedHealthcare® SCO divulgue mi información, incluidos datos de eventos asociados a medicamentos con receta a Medicare, que a su vez, puede divulgarla con 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 proporciono intencionalmente información falsa en esta solicitud, 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 significa que he leído y entiendo el contenido de esta solicitud. Si la firma es de un representante autorizado (según lo descrito anteriormente), certifica que: 1) esta persona está autorizada por la ley estatal para llenar esta solicitud y 2) la documentación de esta autorización está disponible a solicitud de Medicare. Uno de nuestros Representantes de Servicio al Cliente se comunicará con usted para verificar la información de esta solicitud y para asegurarse de que usted haya entendido las reglas del plan.

**Firma del Solicitante/Miembro/Representante Autorizado**

**Fecha de Hoy**

MM - DD - YYYY

**Si usted es el representante autorizado, firme arriba y llene 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 \_\_\_\_\_

Esta página se dejó en blanco de manera intencional.

**Para uso exclusivo de la agencia/del representante de ventas.**

ID del sistema/Representante de Ventas con Licencia	Fecha de recepción inicial MM - DD - YYYY
Nombre del Agente/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?**

- |                                                                                      |                                                  |
|--------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Programa Nacional en Tiendas Minoristas/Centros Comerciales | <input type="checkbox"/> Reunión en la comunidad |
| <input type="checkbox"/> Reunión con el miembro                                      | <input type="checkbox"/> Cita                    |
| <input type="checkbox"/> Programa de Extensión en un Evento Local                    | <input type="checkbox"/> Otro                    |

**¿Cómo se presentó esta solicitud?**     Por correo     Fax     En Internet

**Para ser llenado por el agente de ventas**

- |                                                                                             |                                                                                                    |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> IEP (miembros 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 |

<b>Firma del Representante de Ventas con Licencia</b>	<b>Fecha</b> MM - DD - YYYY
-------------------------------------------------------	--------------------------------

**Una vez llenada esta solicitud, envíela 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.