

Solicitud de inscripción en MassHealth SCO Medicare Advantage 2022

- UnitedHealthcare® Senior Care Options (HMO D-SNP) H2226-001-000
- UnitedHealthcare® Senior Care Options NHC (HMO D-SNP) H2226-003-000

Esta solicitud es para personas que tienen los beneficios del programa 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 el programa 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 del programa 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 del programa MassHealth o adjunte una copia de su tarjeta del programa MassHealth. Este número tiene 12 dígitos y se encuentra debajo de su nombre.

N.º del programa MassHealth

Para inscribirse en una organización de cuidado para adultos de edad avanzada, usted debe recibir los beneficios del programa MassHealth Standard. Para solicitar su inscripción en el programa 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)

Apellidos	Nombre	Inicial del segundo nombre
Fecha de nacimiento	Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	
Teléfono residencial () -	Teléfono móvil () -	
Nombre del centro de enfermería especializada (si corresponde)	N.º de Medicare	

Dirección permanente (no se permite casilla de correo)

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

Nombre del miembro _____

Esta página se dejó en blanco de manera intencional.

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

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

Dirección de correo electrónico (opcional)

¿Tendrá otra cobertura de medicamentos con receta además del plan UnitedHealthcare® SCO y el programa MassHealth (Medicaid)? Sí No

(Ejemplos: otro seguro privado, TRICARE, cobertura de beneficios de salud para empleados federales, beneficios para veteranos o programas estatales.)

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

Nombre del otro seguro

N.º de miembro	N.º de grupo
Rx Bin	Rx PCN (opcional)

Responder a estas preguntas es su decisión. No se le denegará cobertura si decide no responderlas.

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

1. ¿Preferiría recibir información del plan en otro idioma o en un formato accesible? Sí No

Elija una opción: Español Braille 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.

2. ¿Trabajan usted o su cónyuge? Sí No

¿Usted o su cónyuge tienen otro seguro de salud que cubrirá servicios médicos?

(Por ejemplo: Otra cobertura de grupo del empleador, cobertura por Discapacidad a Largo Plazo [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

N.º de miembro

Nombre del miembro _____

Esta página se dejó en blanco de manera intencional.

3. Proporcione el nombre de su proveedor de cuidado primario (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 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 del programa 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 el otro plan. Como estoy inscrito en el programa MassHealth, puedo dejar el plan UnitedHealthcare® SCO si tengo un período de elección que califica. Dejaré de estar cubierto por el plan UnitedHealthcare® SCO el primer día del mes posterior al mes en que solicite dejar el plan. 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. Este plan cubre el cuidado de emergencia y de urgencia fuera de los Estados Unidos. Consulte el Resumen de Beneficios para obtener más información.

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, el programa MassHealth ni UnitedHealthcare® SCO pagarán beneficios o servicios.**

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.

Aviso de Recuperación del Patrimonio: El programa MassHealth está obligado por la ley federal a recuperar dinero del patrimonio de ciertos miembros del programa MassHealth que son mayores de 55 años, y de aquellos de cualquier edad que reciben cuidado a largo plazo dentro de un asilo de convalecencia u otra institución médica. Para obtener más información sobre la recuperación del patrimonio que realiza el programa MassHealth, visite: www.mass.gov/estaterecovery.

Nombre del miembro _____

Esta página se dejó en blanco de manera intencional.

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 reconozco que UnitedHealthcare® SCO divulgará mi información, incluidos mis datos de eventos asociados a medicamentos con receta, a Medicare, que, a su vez, puede divulgarla con fines de investigación y otros que cumplan con la ley federal que autoriza la recopilación de esta información (consulte la Declaración sobre la Ley de Privacidad a continuación). Mi respuesta a esta solicitud es voluntaria. Sin embargo, la falta de respuesta podría afectar su inscripción en el plan. La información de esta solicitud 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.

Mi firma a continuación significa que he leído y entiendo la información de esta solicitud.

Si firmo como representante autorizado, significa que tengo el derecho legal a firmar conforme a la ley estatal. Si Medicare lo solicita, puedo presentar un comprobante por escrito (poder legal, tutela, etc.) de este derecho. Entiendo que tendré que presentar ante el plan un comprobante por escrito de este derecho si deseo seguir actuando en nombre del miembro después de esta solicitud. Una vez que esta solicitud haya sido aprobada y yo haya recibido mi tarjeta de ID de miembro de UnitedHealthcare, puedo llamar a Servicio al Cliente al número que se encuentra en mi tarjeta de ID de miembro de UnitedHealthcare para actualizar la información de la autorización de mi expediente.

Firma del solicitante/miembro/representante autorizado

Fecha de Hoy

Si usted es el representante autorizado, debe firmar arriba y llenar 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
Nombre del Agente/Representante de Ventas con Licencia	Fecha de vigencia propuesta

Para ser llenado por el Agente

- | | |
|---|---|
| <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) | |
- _____

Firma del Representante de Ventas con Licencia	Fecha

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

Nombre del miembro _____

Esta página se dejó en blanco de manera intencional.

DECLARACIÓN SOBRE 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 llevar un registro de la inscripción de beneficiarios en Planes Medicare Advantage (MA) o Planes de Medicamentos con Receta (Prescription Drug Plans, PDP), para mejorar el cuidado y para el pago de beneficios de Medicare. Las Secciones 1851 y 1860D-1 de la Ley del Seguro Social y las Secciones 422.50, 422.60, 423.30 y 423.32 del Código de Reglamentos Federales (Code of Federal Regulations, CFR) 42 autorizan la recopilación de esta información. Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid pueden usar, divulgar e intercambiar datos de inscripción de beneficiarios de Medicare según lo especificado en el Aviso del Sistema de Registros (System of Records Notice, SORN) “Medicamentos con Receta de Medicare Advantage (Medicare Advantage Prescription Drug, MARx)”, sistema número 09-70-0588. Su respuesta a esta solicitud es voluntaria. Sin embargo, la falta de respuesta podría afectar su inscripción en el plan.

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 el programa 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 del programa 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.****

Lista de verificación de inscripción

Antes de tomar una decisión sobre la inscripción, es importante que entienda plenamente nuestros beneficios y reglas. Si tiene alguna pregunta, puede llamar para hablar con un Representante de Servicio al Cliente al número que se encuentra en la contraportada de esta guía.

- ✓ Revise la lista completa de los beneficios que aparecen en la Evidencia de Cobertura (Evidence of Coverage, EOC), especialmente los servicios para los que normalmente consulta a un médico. Llámenos o visítenos en Internet para ver una copia de la Evidencia de Cobertura. Nuestro número de teléfono y sitio web se encuentran en la contraportada de esta guía.
- ✓ Revise el Directorio de Proveedores (o pregúntele a su médico) para asegurarse de que los médicos que consulta ahora estén en la red. Si no están en la lista, significa que probablemente tendrá que elegir un nuevo médico.
- ✓ Revise el Directorio de Farmacias para asegurarse de que la farmacia que usa para cualquier medicamento con receta esté en la red. Si la farmacia no aparece en la lista, usted probablemente tendrá que elegir otra farmacia para sus medicamentos con receta.
- ✓ Usted debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare. Esta prima normalmente se deduce de su cheque del Seguro Social cada mes.
- ✓ Es posible que los beneficios sean modificados el 1 de enero de cada año. Los miembros de UnitedHealthcare Senior Care Options tienen un copago, un coseguro o una prima de \$0.
- ✓ Excepto en situaciones de emergencia o de urgencia, no cubrimos servicios de proveedores fuera de la red (médicos que no aparecen en el Directorio de Proveedores).
- ✓ Nuestro plan le permite consultar a proveedores fuera de nuestra red (proveedores no contratados). Sin embargo, si bien pagaremos los servicios cubiertos prestados por un proveedor no contratado, el proveedor debe aceptar tratarle. Excepto en una situación de emergencia o de urgencia, los proveedores no contratados pueden negarse a proporcionarle cuidado. Además, usted podría tener que pagar un copago más alto por los servicios recibidos de proveedores no contratados.
- ✓ Este plan es un Plan para Personas con Necesidades Especiales que tienen Elegibilidad Doble (D-SNP). Usted podrá inscribirse si se confirma que tiene derecho tanto a Medicare como a la asistencia médica de un plan estatal de Medicaid. Para calificar, debe ser mayor de 65 años de edad, cumplir los requisitos para recibir la Parte A de Medicare y estar inscrito en la Parte B de Medicare y en el programa MassHealth Standard. Es posible que también tenga que vivir en su propio domicilio o en un centro de enfermería. Si tiene MassHealth Standard, pero no califica para la Parte A de Medicare o la Parte B de Medicare, tal vez aún cumpla los requisitos para inscribirse.