

Instrucciones de la Forma de Inscripción

Para ser elegible a Mercy Care Advantage (HMO SNP), usted debe recibir asistencia médica por medio de Medicaid del Estado de Arizona, tener las Partes A y B de Medicare, ser ciudadano de los Estados Unidos o estar legalmente presente en los estados Unidos, y residir en el área de servicio aprobada del Plan.

Las áreas de servicio de nuestro Plan para los siguientes programas de Medicaid incluyen:

AHCCCS Complete Care (ACC)	Condados Gila, Maricopa, y Pinal
ALTCS	Condados Gila, Maricopa, Pima y Pinal
Arizona Division of Developmental Disabilities (División de Discapacidades del Desarrollo de Arizona)	Todos los condados en el Estado de Arizona

Si usted pierde su elegibilidad a Medicare o Medicaid, se requiere que Mercy Care Advantage dé por terminada su cobertura.

SECCIÓN 1:

- Usted debe completar todos los artículos en la Sección 1.
- Anote su Nombre (como esté escrito en su Tarjeta de Medicare), Fecha de Nacimiento, Número de Teléfono, y Domicilio de su Residencia Permanente.
- Si usted desea inscribirse a nuestro plan pero no tiene una residencia permanente, un Apartado Postal (PO Box), el domicilio de un albergue o clínica o el domicilio donde usted reciba correspondencia puede ser considerado como el domicilio de su residencia permanente.
- Anote su domicilio electrónico (opcional).
- Anote el Domicilio Postal sólo si su correspondencia es entregada a un domicilio distinto.
- Provea la información de su seguro de salud de Medicare que está en su tarjeta de Medicare, o adjunte una copia de su tarjeta de Medicare u otro comprobante de elegibilidad a Medicare.
- Por favor lea y conteste todas las preguntas.
- Provea la información de su seguro de salud de Medicaid que está en su tarjeta de identificación de AHCCCS.
- Lea su acuerdo cuidadosamente; es importante que usted entienda sus derechos y responsabilidades como miembro de Mercy Care Advantage.
- Firme y feche su solicitud.
- Representantes Autorizados: Si usted tiene la autorización legal para firmar a nombre de la persona inscribiéndose, por favor provea su información de contacto en el área indicada. Se recomienda que usted incluya una copia de la documentación legal (ejem.: Carta Poder General Duradera; Custodia Legal; o Tutela) para que nosotros podamos registrar esta información en nuestros sistemas para las interacciones futuras que usted tendrá con nuestro plan a nombre de la persona inscrita.

SECCIÓN 2:

- Completar los artículos en la Sección 2 es opcional, pero le animamos para que usted los conteste.
- Anote el nombre de su Proveedor de Cuidado Primario (PCP) – refiérase al Directorio de Proveedores/Farmacias de Mercy Care Advantage. Si usted no elige a un PCP, nosotros le asignaremos a uno ubicado cerca de donde usted viva.
- Díganos si usted necesita la información del plan en un idioma que no sea inglés (o en un formato accesible).
- Por favor díganos si usted es un/a residente de un hogar de descanso o de una institución de cuidado a largo plazo.
- Por favor díganos si usted o su cónyuge están trabajando.
- Por favor seleccione las opciones para su raza, origen étnico, o seleccione “Prefiero no contestar”.
- Por favor lea la Declaración del Decreto de Privacidad.
- Por favor lea y complete la sección de Atestación del Período de Elegibilidad para la Inscripción si usted se está inscribiendo fuera del Periodo Anual de Elección de Medicare (AEP por sus siglas en inglés) (Octubre 15 a diciembre 7). Durante el último trimestre del año, el periodo AEP le permite a usted hacer una elección de Plan con una fecha de vigencia del 1º de enero.
- Hay un Periodo Especial de Elección (SEP por sus siglas en inglés) para los Beneficiarios con Elegibilidad Doble que permite un cambio a la inscripción por trimestre de calendario durante los primeros nueve meses del año. Hay otros Periodos Especiales de Elección que pueden ser aplicables a su situación de inscripción.
- Por favor marque la/s casilla/s que le aplique/n a usted. Si nosotros necesitamos información adicional, un representante se comunicará con usted.

Envíe de regreso su forma de Inscripción llena en el sobre Pre-Impreso y con Porte Pagado que se provee ó por fax al 602-431-7499.

Si tiene usted preguntas o si necesita ayuda llenando esta forma, por favor llame al:

602-414-7630 ó al 1-866-571-5781 (TTY al 711)

De 8:00 a.m. a 8:00 p.m., 7 días de la semana

Mercy Care Advantage es una organización HMO SNP bajo contrato con Medicare y un contrato con el Programa Medicaid de Arizona. La inscripción en Mercy Care Advantage depende de la renovación del contrato.