

SECCIÓN 1 Se requiere llenar todas las áreas de la Sección 1 (a menos que sean marcadas "Opcional")

APELLIDO:	NOMBRE:	(Opcional) Inicial Media:
-----------	---------	---------------------------

Fecha de Nacimiento: (_ / _ / _ _) MM/DD/AAAA	Género/Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Número de Teléfono del Hogar: (_ _ _) _ _ - _ _ _ _ Número de Teléfono Alterno: (_ _ _) _ _ - _ _ _ _
-------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

DOMICILIO PERMANENTE DE LA CALLE DE LA RESIDENCIA (No ingrese un apartado postal):

Domicilio de la Calle (No se permite un apartado postal "P.O. Box"):

Ciudad:	Estado:	Código Postal:
---------	---------	----------------

(Opcional) Condado:

(Opcional) **DOMICILIO ELECTRÓNICO:** _____

DOMICILIO POSTAL si es distinto a su Domicilio Permanente (Se permite un apartado postal "P.O. Box"):

Domicilio de la Calle o Apartado Postal "P.O. Box!:

Ciudad:	Estado:	Código Postal:
---------	---------	----------------

Su Información de Medicare

NÚMERO DE MEDICARE:

Nombre (como aparece en su tarjeta de Medicare):	Fecha de Vigencia
HOSPITAL (Parte A)	___ / ___ / ___
MÉDICA (Parte B)	___ / ___ / ___

Conteste Estas Importantes Preguntas

¿Tendrá usted otra cobertura de medicamentos de prescripción (como VA, TRICARE) además de Mercy Care Advantage?
 Sí No

Nombre de la otra cobertura:	Número de miembro para esta cobertura:	Número de grupo para esta cobertura:
------------------------------	----------------------------------------	--------------------------------------

La Información de Medicaid de Su Estado

Para inscribirse en Mercy Care Advantage, usted debe ser elegible a Medicaid. Por favor provea la siguiente información:

¿Está usted recibiendo Asistencia Médica de Medicaid (AHCCCS) del Estado de Arizona? Sí No

Si contestó sí, provea su **Número de Identificación de AHCCCS Medicaid:** _____

Por favor ponga una marca junto al programa de Medicaid/AHCCCS que sea aplicable a usted:

001 – AHCCCS Complete Care (ACC) 004 – ALTCS 005 – DDD

IMPORTANTE: Lea y Firme Abajo

- Yo debo mantener tanto el servicio de Hospital (Parte A) como el Médico (Parte B) para permanecer en Mercy Care Advantage.
- Al inscribirme a este plan Medicare Advantage Plan, reconozco que Mercy Care Advantage compartirá mi información con Medicare, quien puede usarla para darle seguimiento a mi inscripción, para hacer pagos, y para otros propósitos permitidos por la ley Federal que autoriza la recopilación de esta información (vea la Declaración del Decreto de Privacidad a continuación). Su respuesta a esta forma es voluntaria. Sin embargo, la falla en contestar puede afectar su inscripción al plan.
- Yo entiendo que puedo estar inscrito/a en un solo plan de MA a la vez – y que la inscripción en este plan terminará automáticamente mi inscripción en otro plan de MA (se aplican excepciones para los planes MA PFFS, MA MSA).
- Yo entiendo que cuando comience mi cobertura con Mercy Care Advantage, debo obtener todos mis beneficios médicos y de medicamentos de prescripción de Mercy Care Advantage. Los beneficios y servicios provistos por Mercy Care Advantage y contenidos en mi documento de “Evidencia de Cobertura” de Mercy Care Advantage (también conocido como contrato del miembro o acuerdo del suscriptor) estarán cubiertos. Ni Medicare ni Mercy Care Advantage pagarán por beneficios o servicios que no estén cubiertos.
- La información en esta forma de inscripción es correcta de acuerdo a mi mejor entendimiento. Yo entiendo que si intencionalmente proveo información falsa en esta forma, se me desafiliará del plan.
- Yo entiendo que mi firma (o la firma de la persona legalmente autorizada para actuar a mi nombre) en esta solicitud significa que yo he leído y entendido el contenido de esta solicitud. Si está firmada por un representante autorizado (como se describe anteriormente), esta firma certifica que: 1) esta persona está autorizada por la ley Estatal para completar esta inscripción y 2) la documentación de esta autoridad está disponible a petición de Medicare.

Firma:

Fecha de Hoy:

Si usted es el/la representante autorizado/a, firme arriba y llene estas casillas:

Nombre:

Domicilio:

Número de Teléfono:

Relación con el/la miembro:

SECCIÓN 2 Todos los campos en la Sección 2 son opcionales.

Contestar estas preguntas es su opción. a usted no se le puede denegar la cobertura por no contestarlas.

1. ¿Es usted residente de una instalación de cuidado a largo plazo, tal como una instalación de enfermería?
 Sí No
Si “sí” por favor provea la siguiente información:
Nombre de la Institución: _____
Domicilio y Número de Teléfono de la Institución (número y calle) _____

2. ¿Trabaja usted? Sí No ¿Su cónyuge trabaja? Sí No

Por favor seleccione a un **Médico de Cuidado Primario (PCP), clínica, o centro de salud** del directorio de proveedores de Mercy Care Advantage. Usted debe recibir todo su cuidado de rutina de proveedores de la red.
Nombre _____ ¿Es usted actualmente su paciente? Sí

Por favor marque una de las casillas de abajo si usted prefiere que nosotros le enviemos la información en un idioma además de inglés o en un formato accesible:

Español Otro _____ Audio Letra Grande Braille
Por favor comuníquese con Mercy Care Advantage al 602-414-7630 ó al 1-866-571-5781 (TTY al 711) si usted necesita información en un formato accesible distinto a aquellos listados arriba. Nuestro horario de oficina es de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., 7 días de la semana.

¿Es usted hispano/a, latino/a, o de origen español? Seleccione todo lo que sea aplicable.

No, no soy hispano/a, latino/a, o de origen español Sí, mexicano/a, mexicano/a americano/a, Chicano/a
 Sí, portorriqueño/a Sí, cubano/a
 Sí, de otro origen hispano/a, latino/a, o de origen español
 Prefiero no contestar.

¿De qué raza es usted? Seleccione todo lo que sea aplicable.

Indio/a americano/a o nativo/a de Alaska Indio/a asiático/a Negro/a o afroamericano/a
 Chino/a Filipino/a Guameño/a o de Chamorro
 Japonés/a Coreano/a Nativo/a de Hawái
 Otra raza asiática Otra isla del Pacífico Samoano/a
 Vietnamita Blanco/a
 Prefiero no contestar.

DECLARACIÓN DEL DECRETO DE PRIVACIDAD

Los Centros de Servicios para Medicare y Medicaid (CMS por sus siglas en inglés) recopilan información de los planes de Medicare para darle seguimiento a la inscripción de los beneficiarios en los planes de Medicare Advantage (MA), mejorar la atención, y para el pago de los beneficios de Medicare. Las Secciones 1851 y 1860D-1 del Decreto del Seguro Social y 42 CFR §§ 422.50 y 422.60 autorizan la recopilación de esta información. Los centros CMS pueden usar, divulgar e intercambiar datos de inscripción de los beneficiarios de Medicare como se especifica en el Aviso del Sistema de Registros (SORN por sus siglas en inglés) “Medicamentos de Prescripción de Medicare Advantage (MARx por sus siglas en inglés)”, Sistema Núm. 09-70-0588. Su respuesta a esta forma es voluntaria. Sin embargo, la falla en contestarla puede afectar la inscripción en el plan.

Certificación del Periodo de Elegibilidad para la Inscripción

Por lo general, usted se puede inscribir en un plan Medicare Advantage sólo durante el período anual de inscripciones del 15 de octubre al 7 de diciembre de cada año. Hay excepciones que pueden permitirle inscribirse en un plan Medicare Advantage fuera de este período.

Por favor lea cuidadosamente las siguientes declaraciones y marque la casilla si la declaración es aplicable a usted. Al marcar cualquiera de las siguientes casillas, usted está certificando que, de acuerdo a su mejor conocimiento, es elegible para un Período de Inscripciones. Si más adelante determinamos que esta información es incorrecta, a usted se le puede desafiliar.

- Yo soy nuevo/a para Medicare.
- Yo estoy inscrito/a en un plan Medicare Advantage y quiero hacer un cambio durante el Período de Inscripciones Abiertas de Medicare Advantage (MA OEP por sus siglas en inglés).
- Recientemente yo me mudé fuera del área de servicio de mi plan actual o me mudé recientemente y este plan es una nueva opción para mí. Me mudé en (inserte la fecha) _____.
- Hace poco me liberaron del encarcelamiento. Fui liberado/a en (inserte la fecha) _____.
- Recientemente yo regresé a los Estados Unidos después de vivir permanentemente fuera de los Estados Unidos. Regresé a los E.U.A. en (inserte la fecha) _____.
- Recientemente yo obtuve el estatus de presencia legal en los Estados Unidos. Yo recibí este estatus en (inserte la fecha) _____.
- Recientemente yo tuve un cambio en mi Medicaid (nuevo/a recibiendo Medicaid, tuve un cambio en el nivel de asistencia de Medicaid, o perdí Medicaid) en (inserte la fecha) _____.
- Recientemente yo tuve un cambio en mi Ayuda Extra pagando la cobertura de medicamentos de prescripción de Medicare (nuevo/a recibiendo la Ayuda Extra, tuve un cambio en el nivel de Ayuda Extra, o perdí la Ayuda Extra) en (inserte la fecha) _____.
- Yo tengo tanto Medicare como Medicaid (o mi estado ayuda a pagar por mis primas de Medicare) o recibo Ayuda Extra para pagar por mi cobertura de medicamentos de prescripción de Medicare, pero no he tenido un cambio.
- Me estoy mudando a, vivo en, o recientemente me mudé fuera de una Instalación de Cuidado a Largo Plazo (por ejemplo, un centro de enfermería o un centro de cuidado a largo plazo). Me mudé/me mudaré a/fuera de la instalación en (inserte la fecha) _____.
- Recientemente dejé un programa PACE en (inserte la fecha) _____.
- Recientemente perdí involuntariamente mi cobertura acreditable de medicamentos de prescripción (cobertura tan buena como la de Medicare). Perdí mi cobertura de medicamentos en (inserte la fecha) _____.
- Yo estoy dejando la cobertura del empleador o del sindicato en (inserte la fecha) _____.
- Yo pertenezco a un programa de asistencia con la farmacia provisto por mi estado.
- Mi plan está terminando su contrato con Medicare, o Medicare está terminando su contrato con mi plan.
- Yo estaba inscrito/a en un plan por Medicare (o mi estado) y quiero elegir un plan distinto. Mi inscripción en ese plan comenzó en (inserte la fecha) _____.
- Yo estaba inscrito/a en un Plan para Necesidades Especiales (SNP por sus siglas en inglés) pero he perdido la cualificación requerida de necesidades especiales para estar en ese plan. Me desafiliaron del plan SNP en (inserte la fecha) _____.
- Yo fui afectado/a por una emergencia relacionada con el clima o un desastre mayor (según lo declarado por la Agencia Federal de Control de Emergencias (FEMA por sus siglas en inglés). Una de las otras declaraciones aquí es aplicable a mí, pero yo no pude inscribirme debido al desastre natural.

Si ninguna de estas declaraciones es aplicable a usted o no está seguro/a, por favor llame a Mercy Care Advantage al 602-414-7630 ó al 1-866-571-5781, (TTY al 711) para ver si usted es elegible para inscribirse.

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

Sólo para el Uso de la Oficina:

Name of staff member, agent, broker (if assisted in enrollment):		Date rec'd:
Plan ID#:		
Proposed Effective Date of Coverage:	(_ _ / _ _ / _ _ _ _) MM/DD/YYYY	
Select Appropriate Election Period <input type="checkbox"/> ICEP/IEP-D <input type="checkbox"/> MA-OEP <input type="checkbox"/> SEP (type) _____ <input type="checkbox"/> AEP <input type="checkbox"/> OEPI <input type="checkbox"/> Not Eligible		
Processed by:		Date Processed: (_ _ / _ _ / _ _ _ _) MM/DD/YYYY