

4755 S. 44th Place
 Phoenix, AZ 85040
 Teléfono 602-414-7630
 Larga Distancia Gratuita 1-866-571-5781 (TTY 711)



Por favor comuníquese con Mercy Care Advantage (HMO SNP) si usted necesita información en otro idioma o formato (Braille).

Por favor marque el programa de Medicaid/AHCCCS que le aplique a usted.

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

SECCIÓN 1 Para Inscribirse en Mercy Care Advantage, Por Favor Provea la Siguiete Información:

APELLIDO:		NOMBRE:		Inicial		<input type="checkbox"/> Sr. <input type="checkbox"/> Sra. <input type="checkbox"/> Srita.	
Fecha de Nacimiento: (_ / _ / _ _) MM/DD/AAAA		Sexo/Género: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		Número de Teléfono del Hogar: (_____) _____ - _____			
				Número de Teléfono Alterno (_____) - _____			

Domicilio Físico de su Residencia Permanente (No se permiten apartados postales “P.O. Box”):

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

Domicilio Postal (sólo si es distinto al Domicilio Físico de su Residencia Permanente):

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

Domicilio Electrónico (Email):

Nombre del Contacto de Emergencia:
 Teléfono #: (_____) _____ - _____ Relación con usted:

SECCIÓN 2 Por Favor Provea la Información de Su Seguro de Medicaid del Estado:

Para inscribirse en Mercy Care Advantage, usted debe ser elegible a Medicaid. **Por favor provea su número de identificación de AHCCCS de Medicaid:**

Por Favor Provea la Información de Su Seguro de Medicare:

Por favor saque su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare para llenar esta sección. • Llene esta información como aparece en su tarjeta de Medicare. -O- • Adjunte una copia de su tarjeta de Medicare o de su carta del Seguro Social o de la junta de jubilación del ferrocarril Railroad Retirement Board.	Nombre (como aparece en su tarjeta de Medicare): _____
	Número de Medicare: _____
	Tiene Derecho a Fecha de Vigencia HOSPITAL (Parte A) _____ MÉDICO (Parte B) _____
	Usted debe tener la Parte A y la Parte B de Medicare para poder inscribirse a un Plan Medicare Advantage.

SECCIÓN 3 Por favor lea y conteste estas importantes preguntas:

1. ¿Está usted en la Última Etapa de la Enfermedad Renal (ESRD por sus siglas en inglés)? Sí No
 Si usted ha tenido un trasplante exitoso de riñón y/o ya no necesita diálisis regularmente, **por favor adjunte una nota o registros** de su doctor mostrando que usted ha tenido un trasplante exitoso de riñón o que ya no necesita diálisis, de otra forma, es posible que nosotros nos tengamos que comunicar con usted para obtener información adicional.

2. Algunos individuos pueden contar con otra cobertura para los medicamentos de prescripción, incluyendo a otro seguro privado, TRICARE, cobertura de beneficios de salud para empleados federales, beneficios de la Administración de Veteranos (VA por sus siglas en inglés), o programas de asistencia farmacéutica del estado

¿Tendrá usted otra cobertura de medicamentos de prescripción además de Mercy Care Advantage?
 Sí No

Si contestó sí, por favor liste su otra cobertura y el/los número/s de identificación de dicha cobertura:

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

3. ¿Es usted residente de una instalación de cuidado a largo plazo, como una casa de reposo? Sí No

Si contestó "Sí", por favor provea la siguiente información:

Nombre de la institución: _____

Domicilio y número de teléfono de la institución (número y calle) _____

4. ¿Usted o su cónyuge trabajan? Sí No

Por favor seleccione a un **Médico de Cuidado Primario** del directorio de proveedores de Mercy Care Advantage. Usted debe recibir toda su atención de rutina de proveedores del plan.

Nombre del Médico _____ ¿Es usted actualmente un/a paciente? Sí No

Por favor marque una de las casillas de abajo si prefiere que nosotros le enviemos información en un idioma que no sea inglés o en otro formato:

Español Otro _____ Cinta de Audio Letra Grande

Por favor llame a Mercy Care Advantage al 602-414-7630 ó al 1-866-571-5781 si usted necesita información en otro formato o idioma que aquellos listados arriba. Nuestro horario de oficinas es de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 5:00 p.m. (Los usuarios de TTY deberían llamar a TTY al 711).

¿Cómo se enteró sobre Mercy Care Advantage (MCA)?

<input type="checkbox"/> Carta/Postal de MCA	<input type="checkbox"/> Médico/Farmacia	<input type="checkbox"/> Familia/Amistad
<input type="checkbox"/> Folleto de MCA	<input type="checkbox"/> Administrador/a de Casos	<input type="checkbox"/> Miembro previo
<input type="checkbox"/> Sitio Web de MCA	<input type="checkbox"/> MCA le contactó a usted	<input type="checkbox"/> Otro

SECCIÓN 4 Certificación del Periodo de Elegibilidad para la Inscripción

Típicamente, 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 podrían permitirle inscribirse en un plan Medicare Advantage fuera de dicho 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 con su conocimiento, usted es elegible a un Período de Inscripción. Si nosotros determinamos más adelante que esta información es incorrecta, a usted se le puede dar de baja o desafiliar.

- Yo soy nuevo/a a Medicare.
- Yo estoy inscrito/a en un plan Medicare Advantage y quiero cambiar durante el Periodo de Inscripciones Abiertas (MA OEP por sus siglas en inglés) de Medicare Advantage.
- Recientemente yo me mudé fuera del área de servicio de mi plan actual o recientemente me mudé y este plan es una nueva opción para mí. Me mudé en (anote la fecha) _____.
- Recientemente se me liberó de la cárcel. Fui puesto/a en libertad en (anote la fecha) _____.
- Recientemente yo regresé a los Estados Unidos después de haber vivido permanentemente fuera de los Estados Unidos. Yo regresé a los Estados Unidos en (anote la fecha) _____.
- Recientemente yo obtuve mi estatus de presencia legal en los Estados Unidos. Yo recibí dicho estatus en (anote la fecha) _____.

- Recientemente tuve un cambio en mi Medicaid (recién recibí Medicaid, tuve un cambio en el nivel de ayuda de Medicaid, o perdí Medicaid) en (anote la fecha) _____.
 - Recientemente tuve un cambio en mi Ayuda Extra pagando por mi cobertura de medicamentos de prescripción de Medicare (recién recibí la Ayuda Extra, tuve un cambio en el nivel de Ayuda Extra, o perdí la Ayuda Extra) en (anote la fecha) _____.
 - Yo tengo ambos, Medicare y Medicaid (o mi estado ayuda a pagar mis primas de Medicare) o recibo Ayuda Extra pagando por mi cobertura de medicamentos de prescripción de Medicare, pero no he tenido un cambio.
 - Yo me estoy mudando a, vivo en, o recientemente me mudé fuera de una Instalación de Cuidado a Largo Plazo (por ejemplo, un hogar de reposo o una instalación de cuidado a largo plazo). Me mudé/mudaré a/fuera de la instalación en (anote la fecha) _____.
 - Recientemente yo dejé un programa PACE en (anote la fecha) _____.
 - Recientemente yo perdí involuntariamente mi cobertura acreditable de medicamentos de prescripción (cobertura tan buena como la de Medicare). Yo perdí mi cobertura de medicamentos de prescripción en (anote la fecha) _____.
 - Yo dejaré mi cobertura por medio de mi empleador o sindicato en (anote la fecha) _____.
 - Yo pertenezco a un programa de asistencia farmacéutica provisto por mi estado.
 - Mi plan está dando por terminado su contrato con Medicare, o Medicare dará por terminado su contrato con mi plan.
 - Se me inscribió en un plan por Medicare (o mi estado) y yo quiero elegir un plan distinto. Mi inscripción en el plan comenzó en (anote la fecha) _____.
 - Se me inscribió en un Plan para Necesidades Especiales (SNP por sus siglas en inglés) pero yo he perdido la calificación para necesidades especiales requerida para ser parte de dicho plan. Se me desafilió del plan SNP en (anote la fecha) _____.
 - Fui afectado/a por una emergencia relacionada con el clima o un desastre importante (como fue declarado por la Agencia Federal de Administración 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 le aplica a usted o si usted no está seguro/a, por favor llame a Mercy Care Advantage al 602- 414-7630 ó al 1-866-571-5781 (los usuarios de TTY deberían llamar a TTY al 711) para ver si usted es elegible para inscribirse. Abrimos de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 5:00 p.m.



SECCIÓN 5

Por Favor Lea Esta Información Importante

Si usted tiene actualmente cobertura para la salud por medio de un empleador o sindicato, el inscribirse a Mercy Care Advantage podría afectar sus beneficios para la salud provistos por el empleador o el sindicato. Usted podría perder la cobertura para la salud que le provee su empleador o sindicato si se inscribe a Mercy Care Advantage. Lea los comunicados que su empleador o sindicato le envíen. Si tiene preguntas, visite su sitio web o comuníquese con la oficina listada en sus comunicados. Si no hay información con respecto a quién contactar, su administrador de beneficios o la oficina que contesta preguntas sobre su cobertura le puede ayudar. Las personas con ingresos limitados pueden calificar para recibir Ayuda Extra para pagar por los costos de sus medicamentos de prescripción. Si es elegible, Medicare podría pagar el 75% ó más de sus costos de medicamentos incluyendo las primas mensuales para los medicamentos de prescripción, los deducibles anuales, y el co-seguro. Además, aquellos que califiquen no se verán sujetos a la brecha en la cobertura ni al castigo o multa por inscripción tardía. Muchas personas son elegibles a estos ahorros y no lo saben. Para más información sobre esta Ayuda Extra, comuníquese con su oficina local del Seguro Social, ó llame al Seguro Social al 1-800-772-1213. Los usuarios de TTY deberían llamar al 1-800-325-0778. Usted también puede solicitar la Ayuda Extra en línea en www.socialsecurity.gov/prescriptionhelp. Si usted califica para la Ayuda Extra con los costos de cobertura de

sus medicamentos de prescripción de Medicare, Medicare pagará toda o parte de la prima de su plan. Si Medicare paga sólo una porción de la prima, nosotros le facturaremos a usted la cantidad que Medicare no cubra.

Por Favor Lea y Firme Abajo:

Al llenar esta solicitud de inscripción, yo acuerdo a lo siguiente: Mercy Care Advantage es un Plan para Necesidades Especiales de Medicare Advantage y está bajo contrato con el gobierno Federal. Yo debo mantener mi elegibilidad a las Partes A y B de Medicare y a Medicaid (AHCCCS). Yo puedo pertenecer sólo a un plan de Medicare Advantage a la vez, y entiendo que mi inscripción a este plan automáticamente dará por terminada mi inscripción en otro plan para la salud o plan de medicamentos de prescripción de Medicare. Es mi responsabilidad informarles a ustedes sobre cualquier cobertura de medicamentos de prescripción que yo tenga o pueda tener en el futuro. La inscripción a este plan es generalmente para todo el año. Una vez que yo me inscriba, podré dejar este plan o hacer cambios sólo en ciertas ocasiones del año cuando esté disponible el periodo de inscripciones (Ejemplo: Octubre 15 – Diciembre 7 de cada año), ó bajo ciertas circunstancias especiales. Mercy Care Advantage provee servicios a un área específica de servicio. Si me mudo fuera del área a la que Mercy Care Advantage provee servicio, yo necesitaré notificárselo al plan para poder desafiliarme y encontrar un plan nuevo en mi nueva área. Una vez que sea miembro de Mercy Care Advantage, yo tendré el derecho de apelar a las decisiones del plan con respecto al pago o a los servicios si yo no estoy de acuerdo. Yo leeré el documento de Evidencia de Cobertura de Mercy Care Advantage cuando lo reciba para saber qué reglas debo seguir para recibir cobertura con este plan de Medicare Advantage. Yo entiendo que las personas con Medicare usualmente no están cubiertas bajo Medicare cuando se encuentran fuera del país, excepto por cobertura limitada cerca de la frontera de los Estados Unidos. Yo entiendo que a partir de la fecha en la que comience la cobertura de Mercy Care Advantage, yo debo recibir de Mercy Care Advantage toda la atención para mi salud, excepto cuando necesite servicios de emergencia o urgentes, o servicios de diálisis fuera del área. Los servicios autorizados por Mercy Care Advantage, así como otros servicios contenidos en mi documento de Evidencia de Cobertura de Mercy Care Advantage (también conocido como un contrato del miembro o acuerdo del suscriptor) serán cubiertos. Sin la autorización, **NI MEDICARE NI MERCY CARE ADVANTAGE PAGARÁN POR LOS SERVICIOS.** Yo entiendo que si estoy recibiendo ayuda de un agente de ventas, corredor, u otro individuo empleado o contratado por Mercy Care Advantage, él o ella puede recibir pago basado en mi inscripción a Mercy Care Advantage.

Liberación de Información: Al inscribirme a este plan de salud de Medicare, yo reconozco que Mercy Care Advantage liberará mi información a Medicare y a otros planes como sea necesario para el tratamiento, el pago y las operaciones del cuidado de la salud. También reconozco que Mercy Care Advantage liberará mi información, incluyendo mis datos de eventos de medicamentos de prescripción a Medicare, quien los puede liberar para fines de investigación y para otros propósitos que sigan todo estatuto y regulación federal aplicable. De acuerdo con mi mejor conocimiento, la información en esta forma de inscripción es correcta. 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 autorizada para actuar a mi nombre bajo las leyes del estado en el que vivo) en esta solicitud significa que he leído y entendido el contenido de esta solicitud. Si es firmada por un individuo autorizado (como se describe anteriormente), esta firma certifica que 1) esta persona está autorizada bajo la ley del Estado para completar esta inscripción y 2) la documentación de esta autoridad está disponible bajo petición de Medicare.

Firma:	Fecha de Hoy:
Si usted es el/la representante autorizado/a, usted debe firmar arriba y proveer la siguiente información :	
Nombre:	Relación con la Persona Inscribiéndose:
Domicilio:	Teléfono #:
Sólo para el Uso de la Oficina/Office Use Only:	

Name of staff member, agent, broker (if assisted in enrollment):			
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