Instrucciones para el Formulario de inscripción

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

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

Cuidados Completos del AHCCCS (ACC)	Condados de Gila, Maricopa y Pinal
Sistema de Atención a Largo Plazo de Arizona (ALTCS)	Condados de Gila, Maricopa, Pima y Pinal
División de Discapacidades del Desarrollo de Arizona	Todos los condados del estado de Arizona

Si pierde su elegibilidad para Medicare o Medicaid, se requiere que Mercy Care Advantage finalice su cobertura.

SECCIÓN 1 (OBLIGATORIO):

- Complete su nombre (como se lee en su tarjeta de Medicare), fecha de nacimiento, número de teléfono y dirección de residencia permanente.
- Si desea unirse a nuestro plan, pero no tiene residencia permanente, pueden considerarse su dirección de residencia permanente un apartado postal, una dirección de un refugio o clínica, o la dirección donde recibe el correo.
- Complete su dirección de correo electrónico (opcional).
- Complete la dirección de correo postal solo si recibe el correo en una dirección diferente.
- Proporcione información de su seguro de salud de Medicare de su tarjeta de Medicare, o agregue una copia de su tarjeta de Medicare u otra prueba de elegibilidad de Medicare.
- Lea y responda la pregunta sobre otra cobertura de medicamentos con receta.
- Proporcione la información de su seguro de salud de Medicaid de su tarjeta de identificación del Sistema de contención de costos de atención médica de Arizona (AHCCCS).
- Lea detenidamente su acuerdo; es importante que comprenda sus derechos y responsabilidades como miembro de Mercy Care Advantage.
- Firme y feche su solicitud.
    - Representantes autorizados: Si tiene autorización legal para firmar en nombre del inscrito, proporcione su información de contacto en el área indicada en la última página. Se recomienda que incluya una copia de la documentación legal (por ejemplo, el poder de representación duradero general; tutoría legal o custodia) de modo que podamos registrar esta información en nuestros sistemas para interacciones futuras que usted tenga con nuestro plan en nombre del inscrito.

SECCIÓN 2 (OPCIONAL):

- Díganos si es residente de un hogar de convalecencia o de un centro de atención a largo plazo.
- Díganos si usted o su cónyuge están trabajando.
- Escriba el nombre de su médico de atención primaria (PCP); consulte el Directorio de proveedores y farmacias de Mercy Care Advantage. Si no selecciona un PCP, le asignaremos uno ubicado cerca de donde vive.
- Díganos si necesita información sobre el plan en un idioma que no sea inglés (o en un formato accesible).
- Lea la Declaración de la Ley de Privacidad.
- Por favor, lea y complete la sección Declaración del período de elegibilidad de inscripción. Durante el último trimestre del año, el período de elección anual (AEP) de Medicare **(del 15 de octubre al 7 de diciembre)** le permite elegir un plan con fecha de entrada en vigencia del 1 de enero. Si se inscribe fuera del AEP, hay períodos de elección especial (SEP) para beneficiarios con doble elegibilidad que se pueden aplicar a su situación de inscripción. Marque las casillas que se apliquen a su caso. Si necesita más información, un representante se comunicará con usted.

Devuelva su formulario de inscripción completo en el sobre provisto con franqueo pagado con su dirección o envíelo por fax al 602-431-7499.

Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda para completar este formulario, llame al

602-414-7630 o **1-866-571-5781** (TTY **711**)
de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana

Mercy Care Advantage es un plan HMO SNP que tiene un contrato con Medicare y un contrato con el programa Medicaid de Arizona. La inscripción en Mercy Care Advantage depende de la renovación del contrato.

Teléfono: 602-414-7630
Número gratuito: 1-866-571-5781 (TTY **711**)
Fax: 602-431-7499

mercy care advantage HMO SNP

SECCIÓN 1 Todos los campos de la Sección 1 son obligatorios (a menos que estén marcados como opcionales)

Apellido: Nombre: (Opcional) Inicial del segundo nombre:

Fecha de nacimiento: (_ _/_ _/_ _ _ _) MM/DD/AAAA	Sexo: ☐ M ☐ F	Número de teléfono del hogar: (__ __ __) __ __ __ - __ __ __ __ Número de teléfono alternativo: (__ __ __) __ __ __ - __ __ __ __

DIRECCIÓN DE RESIDENCIA PERMANENTE (No ingrese a un apartado postal):

Dirección (no se permite el apartado postal. Nota: Para las personas sin hogar, un apartado postal puede considerarse su dirección de residencia permanente):

Ciudad:	Estado:	Código postal:

(Opcional) Condado:

(Opcional) **DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO:** _____

DIRECCIÓN DE CORREO POSTAL, si es diferente de la dirección permanente (se permiten apartados postales)

Dirección o apartado postal:

Ciudad:	Estado:	Código postal:

Su información de Medicare

NÚMERO DE MEDICARE:

Nombre (como aparece en su tarjeta de Medicare): _____	**Fecha de entrada en vigencia** ATENCIÓN HOSPITALARIA (Parte A) ____/____/____ ATENCIÓN MÉDICA (Parte B) ____/____/____

Responda estas preguntas importantes

¿Tendrá otra cobertura de medicamentos con receta (como VA, TRICARE) además de Mercy Care Advantage?

☐ Sí ☐ No En caso afirmativo, proporcione la siguiente información:

Nombre de otras coberturas:	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, debe ser elegible para Medicaid. Brinde la siguiente información:

¿Está recibiendo asistencia médica de Medicaid del estado de Arizona (Sistema de contención de costos de atención médica de Arizona [AHCCCS])? ☐ Sí ☐ No

En caso afirmativo, proporcione su **número de identificación de Medicaid de AHCCCS:** _____

Consulte el programa de Medicaid/AHCCCS que se aplique a usted:

☐ 001 – Cuidados Completos del AHCCCS (ACC) ☐ 004 – ALTCS ☐ 005 – DDD

IMPORTANTE: Lea y firme a continuación

- Debo conservar tanto la atención hospitalaria (Parte A) como la atención médica (Parte B) para permanecer en Mercy Care Advantage.
- Al inscribirme en este plan Medicare Advantage, reconozco que Mercy Care Advantage compartirá mi información con Medicare, que podrá utilizarla para hacer un seguimiento de mi inscripción, hacer pagos y para otros fines permitidos por la ley federal que autoriza la recopilación de esta información (consulte la Declaración de la Ley de Privacidad más abajo). Su respuesta a este formulario es voluntaria. No obstante, la falta de respuestas podría afectar la inscripción en el plan.
- Comprendo que puedo inscribirme solo en un plan Medicare Advantage (MA) a la vez, y que la inscripción en este plan finalizará automáticamente mi inscripción en otro plan MA (se aplican excepciones para planes privados de pago por servicio [PFFS] de MA y planes de cuenta de ahorro para gastos médicos [MSA] de MA).
- Comprendo que, cuando comienza mi cobertura de Mercy Care Advantage, debo obtener todos los beneficios médicos y de medicamentos con receta de Mercy Care Advantage. Estarán cubiertos los beneficios y servicios proporcionados por Mercy Care Advantage incluidos en mi documento de "Evidencia de cobertura" de Mercy Care Advantage (también conocido como contrato del miembro o acuerdo del suscriptor). Ni Medicare ni Mercy Care Advantage pagarán por beneficios o servicios que no estén cubiertos.
- A mi leal saber y entender, la información de este formulario de inscripción es correcta. Comprendo que, si proporciono información falsa de manera intencional en este formulario, se cancelará mi inscripción en el plan.
- Comprendo que mi firma (o la firma de la persona autorizada legalmente a actuar en mi nombre) en este documento significa que he leído y entendido el contenido de esta solicitud. En caso de que un representante autorizado (según se describe arriba) firme la presente, dicha firma certifica que:
  1) esta persona está autorizada de acuerdo con la ley estatal a completar esta inscripción, y que
  2) la documentación de esta autoridad se encuentra disponible si Medicare la solicita.

Firma del solicitante/miembro/representante autorizado:	**Fecha de hoy:**

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

Responder estas preguntas es su elección. No pueden denegarle la cobertura por no responderlas.

¿Es residente de un centro de atención a largo plazo, como un hogar de convalecencia? ☐ Sí ☐ No
En caso afirmativo, proporcione la siguiente información:

Nombre de la institución: _____

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

_____

¿Trabaja? ☐ Sí ☐ No ¿Trabaja su cónyuge? ☐ Sí ☐ No

Seleccione un **médico de atención primaria (PCP), clínica o centro de salud** del directorio de proveedores de Mercy Care Advantage. Debe recibir toda la atención de rutina de los proveedores de la red.
Nombre _____ ¿Es usted un paciente actual? ☐ Sí ☐ No

Marque una de las casillas a continuación si prefiere que le enviemos información en un idioma que no sea inglés o en un formato que sea accesible:

☐ Español ☐ Otro _____ ☐ Audio ☐ Tamaño de letra grande ☐ Braille

Comuníquese con Mercy Care Advantage al 602-414-7630 o al 1-866-571-5781 (TTY 711) si necesita información en un formato accesible que no sea uno de los mencionados anteriormente. Los horarios de atención son de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana.

Declaración del período de elegibilidad de inscripción

Normalmente, se puede inscribir en un plan Medicare Advantage durante el período de inscripción anual desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre de cada año. Existen excepciones que le pueden permitir inscribirse en un plan Medicare Advantage fuera de este período.

Lea atentamente los siguientes enunciados y marque la casilla si el enunciado se aplica a usted. Al marcar cualquiera de las casillas certifica que, a su leal saber y entender, usted es elegible para participar en un período de inscripción. Si más adelante determinamos que esta información no es correcta, se podrá cancelar su inscripción.

- ❒ Soy un nuevo usuario de Medicare.
- ❒ Estoy inscrito en un plan Medicare Advantage y deseo realizar un cambio durante el Período de inscripción abierta de Medicare Advantage (MA OEP).
- ❒ Hace poco me mudé fuera del área de servicio de mi plan actual, o me mudé hace poco y tengo nuevas opciones disponibles para mí. Me mudé el (insertar fecha) _____.
- ❒ Hace poco fui liberado de prisión. Fui liberado el (insertar fecha) _____.
- ❒ Hace poco volví a los Estados Unidos después de haber vivido de manera permanente afuera del país. Volví a los Estados Unidos el (insertar fecha) _____.
- ❒ Hace poco obtuve un estado de presencia legal en los Estados Unidos. Obtuve este estado el (insertar fecha) _____.
- ❒ Hace poco hubo un cambio en mi plan de Medicaid (recién inscrito en Medicaid, hubo un cambio en el nivel de asistencia de Medicaid o perdió Medicaid) el (insertar fecha) _____.
- ❒ Hace poco hubo un cambio en la Ayuda adicional para pagar la cobertura de medicamentos con receta de Medicare (recién inscrito en la Ayuda adicional, hubo un cambio en el nivel de Ayuda adicional o perdió la Ayuda adicional). Este cambio fue el (insertar fecha) _____.
- ❒ Tengo Medicare y recibo todos los beneficios de Medicaid. Quiero unirme o cambiarme a un plan que coordine la cobertura entre mis planes de atención administrado de Medicare y Medicaid (denominado Plan de necesidades especiales de doble elegibilidad [D-SNP] integrado).
- ❒ Me estoy por mudar a un centro de atención a largo plazo (por ejemplo, un hogar de convalecencia o un centro de atención a largo plazo), vivo allí o hace poco me mudé de allí. Me mudé/me mudaré al centro de atención o me iré de allí el (insertar fecha) _____.
- ❒ Hace poco dejé un programa de atención integral para las personas de edad avanzada (PACE). Lo dejé el (insertar fecha) _____.
- ❒ Hace poco e involuntariamente, perdí mi cobertura para medicamentos con receta acreditable (cobertura tan buena como la de Medicare). Perdí mi cobertura para medicamentos el (insertar fecha) _____.
- ❒ Dejaré la cobertura de mi empleador o sindicato el (insertar fecha) _____.
- ❒ Pertenezco a un Programa estatal de asistencia farmacéutica calificado, o estoy perdiendo la ayuda de un Programa estatal de asistencia farmacéutica.
- ❒ Mi plan finaliza su contrato con Medicare, o Medicare finaliza su contrato con mi plan.
- ❒ Estaba inscrito en un plan de Medicare (o de mi estado) y deseo elegir un plan diferente. Mi inscripción en ese plan comenzó el (insertar fecha) _____.
- ❒ Estaba inscrito en un Plan de necesidades especiales (SNP), pero he dejado de cumplir con los requisitos de necesidades especiales para estar en ese plan. Se canceló mi inscripción en el SNP el (insertar fecha) _____.
- ❒ Sufrí una emergencia o un desastre mayor (según lo declarado por la Agencia Federal para el Manejo de Emergencias [FEMA] o por una entidad gubernamental federal, estatal o local). Uno de los otros enunciados de este documento se aplicaba a mi situación, pero no pude inscribirme a causa del desastre.

Si ninguno de estos enunciados corresponde a su situación o si no está seguro, llame a Mercy Care Advantage al **602-414-7630** o al **1-866-571-5781** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**) para comprobar si es elegible para inscribirse.

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

Para personas que ayudan al inscrito a completar este formulario solamente

Complete esta sección si usted es una persona que ayuda a un inscrito a completar este formulario (es decir, consejeros del Programa estatal de asistencia en seguros de salud [SHIP], familiares u otros terceros).

Nombre:	Dirección:
Número de teléfono:	Relación con el inscrito:

Firma:

DECLARACIÓN DE LA LEY DE PRIVACIDAD

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) recopilan información de los planes de Medicare para hacer un seguimiento de la inscripción de los beneficiarios en los planes Medicare Advantage (MA), mejorar la atención y pagar los beneficios de Medicare. La Secciones 1851 y 1860D-1 de la Ley del Seguro Social y las Secciones 422.50 y 422.60 del Título 42 del Código de Regulaciones Federales (CFR) autorizan la recopilación de esta información. Los CMS podrían utilizar, divulgar e intercambiar datos de inscripción de los beneficiarios de Medicare como se especifica en el Aviso del sistema de registros (SORN) "Medicamento con receta de Medicare Advantage (MARx)", N.º de sistema 09-70-0588. Su respuesta a este formulario es voluntaria. No obstante, la falta de respuestas podría afectar la inscripción en el plan.

SOLO PARA USO EN EL CONSULTORIO:

Name of staff member, agent, broker (if assisted in enrollment):		National Producer Number (Agents/Brokers only):
Date Received:	Plan ID#	Proposed Effective Date of Coverage: (_ _/_ _/_ _ _ _) MM/DD/ YYYY

Select Appropriate Election Period

☐ ICEP/IEP-D ☐ MA-OEP ☐ SEP (type) _____ ☐ AEP ☐ OEPI ☐ Not Eligible

☐ ALTCS-HCBS SSBCI

Processed By:		Date Processed:	(_ _/_ _/_ _ _ _) MM/DD/ YYYY