

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 y residir en un área de servicio aprobada.

Nuestras áreas de servicio para los siguientes programas de Medicaid incluyen:

Cuidados Completos del AHCCCS (ACC)	Condados de Gila, Maricopa y Pinal
ALTCS	Condados de Gila, Maricopa, Pima y Pinal
División de Discapacidades del Desarrollo de Arizona	Condados de Maricopa, Pima y Santa Cruz

Si pierde la elegibilidad, Mercy Care Advantage debe finalizar su cobertura.

SECCIÓN 1:

- Complete su nombre (como aparece en su tarjeta de Medicare), fecha de nacimiento, dirección de residencia permanente y número de teléfono.
- Complete la dirección de correo postal solo si recibe el correo en una dirección diferente.
- Si se ha mudado recientemente al área de servicio de Mercy Care Advantage, incluya la fecha de la mudanza.
- Si tiene una dirección de correo electrónico, proporciónela.
- Proporcione un nombre y número de teléfono de contacto de emergencia. Esta información solo se utilizará si no podemos comunicarnos con usted.

SECCIÓN 2:

- Proporcione el número de identificación de Medicare de su tarjeta de identificación del Sistema de Contención de Costos de Atención Médica de Arizona (Arizona Health Care Cost Containment System, AHCCCS).
- 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.

SECCIÓN 3:

- Lea y responda todas las preguntas.
- Escriba el nombre de su proveedor de atención primaria (PCP); consulte el Directorio de proveedores y farmacias de Mercy Care Advantage. Si no elige un PCP, le asignaremos uno que se encuentre cerca de donde usted vive.

- Díganos si necesita información para miembros en un idioma que no sea español (o en un formato que sea accesible).
- Díganos cómo se enteró de Mercy Care Advantage

SECCIÓN 4:

- Complete esta sección si se inscribe fuera del Período de elección anual (Annual Election Period, AEP) (desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre) o el Período de elección especial (Special Election Period, SEP) para los beneficiarios con doble elegibilidad (se permite un cambio de inscripción por trimestre calendario durante los primeros tres meses del año. Durante el último trimestre del año, el AEP le permite hacer una elección para una fecha de entrada en vigencia del 1 de enero).
- Marque las casillas que se aplican a usted. Si necesita más información, un representante se comunicará con usted.

SECCIÓN 5:

- Lea la información importante sobre su cobertura actual del empleador o sindicato.
- Lea la información importante que explica que si aún reúne los requisitos para recibir Ayuda adicional para pagar los costos de su plan de medicamentos con receta de Medicare, Medicare pagará la totalidad o parte de la prima de su plan.
- 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 usted está legalmente autorizado a firmar en nombre del miembro, proporcione su información de contacto en el área que se indica. 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 el inscrito.

Envíe el Formulario de inscripción completo en el sobre con franqueo pagado y dirección que se proporciona. 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.

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al **602-414-7630 o 1-866-571-5781 (TTY 711)**.