

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



Comuníquese con Mercy Care Advantage (HMO SNP) si necesita información en otro idioma o formato (braille).

Consulte el programa de Medicaid/Sistema de Contención de Costos de Atención Médica de Arizona (Arizona Health Care Cost Containment System, AHCCCS) que se aplique a usted.

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

SECCIÓN 1 Para inscribirse en Mercy Care Advantage, proporcione la siguiente información:

APELLIDO:	PRIMER nombre:	Inicial seg. nombre:	<input type="checkbox"/> Sr. <input type="checkbox"/> Sra. <input type="checkbox"/> Srta.
-----------	----------------	----------------------	---

Fecha de nacimiento: (_ / _ / _ _) MM/DD/AAAA	Género: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Número de teléfono de su hogar: (_ _ _) _ _ _ - _ _ _ _ Número de teléfono alternativo: (_ _ _) _ _ _ - _ _ _ _
---	--	--

Domicilio de residencia permanente (no se permiten apartados postales)

Ciudad:	Estado:	Código postal:
---------	---------	----------------

Dirección de correo postal (solo si es diferente de su dirección de residencia permanente):

Dirección:	Ciudad:	Estado:	Código postal:
------------	---------	---------	----------------

Correo electrónico:

Contacto de emergencia:

Número de teléfono: (_ _ _) _ _ _ - _ _ _ _ Tipo de relación: _____

SECCIÓN 2 Proporcione su información del seguro de Medicaid del estado:

Para inscribirse en Mercy Care Advantage, debe ser elegible para Medicaid. Proporcione su número de identificación de Medicaid del AHCCCS.

Proporcione su información de seguro de Medicare:

Tome su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare para completar esta sección.	Nombre (como aparece en su tarjeta de Medicare): _____
<ul style="list-style-type: none"> Complete esta información tal como aparece en su tarjeta de Medicare. -O BIEN- Adjunte una copia de su tarjeta de Medicare o de la carta del Seguro Social o de la Junta directiva de jubilación de los empleados ferroviarios. 	Número de Medicare: _____
	Tiene derecho a Fecha de vigencia ATENCIÓN HOSPITALARIA (Parte A) _____ ATENCIÓN MÉDICA (Parte B) _____
	Debe tener las Partes A y B de Medicare para inscribirse en un plan de Medicare Advantage.

SECCIÓN 3 Lea y responda estas preguntas importantes:

1. ¿Tiene enfermedad renal terminal (ESRD)? Sí No
 Si se le realizó un trasplante de riñón exitoso y/o ya no necesita recibir diálisis de manera regular, adjunte una nota o los registros de su médico en los que se indique que se le realizó un trasplante de riñón exitoso o que no necesita diálisis; de otra manera, es posible que nos comuniquemos con usted para obtener información adicional.

2. Es posible que algunas personas tengan otra cobertura para medicamentos que incluye otro seguro privado, TRICARE, cobertura de beneficios de salud para empleados federales, beneficios para veteranos o programas de asistencia farmacéutica del estado.
 ¿Tendrá otra cobertura de medicamentos con receta además de Mercy Care Advantage? Sí No
 Si la respuesta es "Sí", mencione la otra cobertura y su número de identificación (ID) para esta cobertura:
 Nombre de otra cobertura: _____ | N.º de ident. para esta cobertura: _____ | N.º de grupo para esta cobertura: _____

3. ¿Es residente de algún centro de atención a largo plazo, como un hogar de convalecencia? Sí No
 Si la respuesta es "Sí", proporcione la siguiente información:
 Nombre de la institución: _____
 Dirección y número de teléfono de la institución (calle y número) _____

4. ¿Usted o su cónyuge trabajan? Sí No

Seleccione un **médico de atención primaria** del Directorio de proveedores de Mercy Care Advantage. Debe recibir toda la atención de rutina de parte de los proveedores de la red.
 Nombre del médico _____ ¿Es paciente en la actualidad? 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 _____ Cinta de audio Letra grande
 Comuníquese con Mercy Care Advantage al 602-414-7630 o 1-866-571-5781 si necesita información en un formato que sea accesible o en otro idioma que no aparezca arriba. Nuestro horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana. (Los usuarios de TTY deben llamar al TTY 711).

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

<input type="checkbox"/> Carta de MCA/tarjeta postal	<input type="checkbox"/> Médico/farmacia	<input type="checkbox"/> Familia/amigo
<input type="checkbox"/> Folleto de MCA	<input type="checkbox"/> Administrador de casos	<input type="checkbox"/> Miembro anterior
<input type="checkbox"/> Sitio web de MCA	<input type="checkbox"/> MCA se contactó con usted	<input type="checkbox"/> Otro _____

SECCIÓN 4 De claración del período de elegibilidad de inscripción

Normalmente, se puede inscribir en un plan de 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 de Medicare Advantage y deseo realizar un cambio durante el Período de inscripción abierta de Medicare Advantage (MA OEP).
- Me mudé recientemente fuera del área de servicio de mi plan actual o me mudé recientemente y este plan es una opción nueva para mí. Me mudé el (fecha) _____.
- Fui liberado de prisión recientemente. Fui liberado el (fecha) _____.
- Volví recientemente a los Estados Unidos después de haber vivido de manera permanente afuera del país. Volví a los Estados Unidos el (fecha) _____.
- Obtuve recientemente la condición de ciudadano o residente legal en los Estados Unidos. Obtuve este estado el (fecha) _____.
- Recientemente 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 (fecha) _____).
- Recientemente 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) el (fecha) _____.
- Cuento con Medicare y Medicaid (o mi estado me ayuda a pagar las primas de Medicare) o recibo Ayuda adicional para pagar la cobertura de medicamentos con receta de Medicare, pero no hubo un cambio.

- 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 recientemente me mudé de allí. Me mudé/me mudaré al centro de atención o me iré de allí el (fecha) _____.
- Cuento con Medicare y Medicaid (o mi estado me ayuda a pagar las primas de Medicare) o recibo Ayuda adicional para pagar la cobertura de medicamentos con receta de Medicare, pero no hubo un cambio.
- 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 recientemente me mudé de allí. Me mudé/me mudaré al centro de atención o me iré de allí el (fecha). _____.
- Dejé recientemente un programa PACE el (fecha) _____.
- Hace poco e involuntariamente, perdí mi cobertura para medicamentos con receta acreditable (cobertura tan buena como la de Medicare). Perdí mi cobertura de medicamentos el (fecha) _____.
- Dejaré la cobertura de mi empleador o del sindicato el (fecha) _____.
- Pertenezco a un programa de asistencia farmacéutica que provee mi estado.
- Mi plan termina su contrato con Medicare, o Medicare termina su contrato con mi plan.
- Medicare (o el estado) me inscribió en un plan y deseo elegir un plan diferente. Mi inscripción en este plan comenzó el (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 (fecha) _____.
- Sufrí una emergencia climática o un desastre mayor (según lo declarado por la Agencia Federal para el Manejo de Emergencias (FEMA)). Uno de los otros enunciados de este documento se aplicaba a mi situación, pero no pude inscribirme a causa del desastre natural.

Si ninguno de estos enunciados corresponde a su situación o si no está seguro, llame a Mercy Care Advantage al 602- 414-7630 o 1-866-571-5781, (los usuarios de TTY deben llamar al TTY 711) para saber si es elegible para inscribirse. Atendemos de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana.



SECCIÓN 5

Lea esta información importante

Si actualmente tiene cobertura de salud de un empleador o sindicato, unirse a Mercy Care Advantage podría afectar los beneficios de salud de su empleador o sindicato. Podría perder la cobertura de salud de su empleador o sindicato si se inscribe en Mercy Care Advantage. Lea los comunicados que su empleador o sindicato le envían. Si tiene preguntas, visite el sitio web o póngase en contacto con la oficina que aparece en sus comunicados. Si no se indica con quién debe comunicarse, la oficina o el administrador de sus beneficios que responde preguntas sobre su cobertura pueden ayudarle.

Es posible que las personas con ingresos limitados reúnan los requisitos para recibir Ayuda adicional para pagar los costos de los medicamentos con receta. Si es elegible, Medicare podría pagar el 75 % o más de los costos de sus medicamentos, incluidas las primas mensuales de los medicamentos con receta, los deducibles anuales y coseguros. Además, las personas que reúnan los requisitos no estarán sujetas a un período sin cobertura ni a una multa por inscripción tardía. Muchas personas son elegibles para estos ahorros y no lo saben. Para obtener más información sobre esta Ayuda adicional, comuníquese con la oficina local del Seguro Social o llame a la Administración del Seguro Social al 1-800-772-1213. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778. También puede solicitar la Ayuda adicional en línea en www.socialsecurity.gov/prescriptionhelp. 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. Si Medicare paga solo una parte de esta prima, le facturaremos a usted el monto que Medicare no cubre.

Lea y firme a continuación:

Al completar esta solicitud de inscripción, acepto lo siguiente:

Mercy Care Advantage es un Plan de necesidades especiales Medicare Advantage y tiene un contrato con el gobierno federal. Tendré que mantener la Parte A y la Parte B de Medicare, y la elegibilidad de Medicaid (AHCCCS). Solo puedo estar en uno de los planes de Medicare Advantage a la vez, y comprendo que mi inscripción en este plan terminará de manera automática mi inscripción en otro plan de salud o plan de medicamentos con receta de Medicare. Es mi responsabilidad informarles sobre cualquier cobertura de medicamentos con receta que tenga o pueda tener en el futuro. La inscripción en este plan generalmente es por el año completo. Una vez inscrito, puedo abandonar el plan o realizar cambios solo en ciertos momentos del año, cuando haya un período de inscripción disponible (por ejemplo: desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre de cada año), o en ciertas circunstancias especiales. Mercy Care Advantage abarca un área de servicio específica.

Si me mudo afuera del área cubierta por Mercy Care Advantage, debo informarle al plan para que pueda cancelar mi inscripción y encontrar un plan nuevo en mi nueva área. Una vez que sea miembro de Mercy Care Advantage, tengo el derecho de apelar las decisiones del plan sobre los pagos o los servicios si estoy en desacuerdo. Leeré el documento de Evidencia de cobertura que me envíe Mercy Care Advantage cuando lo reciba para saber cuáles son las normas que debo seguir para obtener la cobertura de este plan de Medicare Advantage. Comprendo que las personas que tienen Medicare generalmente no tienen cobertura de Medicare cuando están fuera del país, excepto por la cobertura limitada cerca de la frontera con los EE. UU.

Comprendo que a partir de la fecha en que comienza la cobertura de Mercy Care Advantage, debo recibir toda mi atención médica de Mercy Care Advantage, a excepción de servicios de emergencia o de urgencia, o servicios de diálisis fuera del área. Se cubrirán los servicios autorizados por Mercy Care Advantage y otros servicios incluidos en el documento de Evidencia de cobertura (también conocido como contrato de miembro o acuerdo del suscriptor). Sin autorización, **NI MEDICARE NI MERCY CARE ADVANTAGE PAGARÁN POR LOS SERVICIOS.**

Comprendo que si estoy recibiendo asistencia de un agente de ventas, corredor u otro individuo empleado o contratado por Mercy Care Advantage, este puede recibir un pago basado en mi inscripción en Mercy Care Advantage.

Divulgación de información: al inscribirme en este plan de salud de Medicare, acepto que Mercy Care Advantage divulgará mi información a Medicare y a otros planes según sea necesario para actividades relacionadas con tratamientos, pagos y atención médica. También acepto que Mercy Care Advantage divulgará mi información, incluida mi información de eventos de medicamentos con receta a Medicare, quien puede divulgar la información con propósitos de investigación y de todo tipo que cumplan con todas las reglamentaciones y estatutos federales que aplicables. 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 para actuar en mi nombre según las leyes del estado donde vivo) en este documento significa que he leído y entendido el contenido de esta solicitud. Si la firma una persona autorizada (como se describió anteriormente), esta firma certifica que 1) esta persona está autorizada de acuerdo con la ley estatal para completar esta inscripción y que 2) la documentación de esta autoridad se encuentra disponible ante la solicitud de Medicare.

Firma:	Fecha de hoy
Si es un representante autorizado, debe firmar más arriba y proporcionar la siguiente información:	
Nombre:	Relación con la persona inscrita:
Dirección:	Número de teléfono:

Solo para uso en el consultorio:			
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