

Solicitud de inscripción de Senior Care Options

Formulario e instrucciones

¿Quién puede usar este formulario?

La inscripción en este programa de atención administrada es voluntaria y, una vez inscrito, el miembro puede cancelar la inscripción en cualquier mes del año.

La inscripción está abierta a los miembros de MassHealth Standard que cumplen con los siguientes criterios:

Este es un plan de necesidades especiales con doble elegibilidad (Dual Special Needs Plan, D-SNP). Su capacidad de inscribirse se basará en la verificación de que tiene derecho a Medicare y a la asistencia médica de un plan estatal en virtud de Medicaid. Para calificar, debe tener 65 años o más, ser elegible para recibir la Parte A de Medicare y estar inscrito en la Parte B de Medicare y MassHealth Standard. También es posible que deba vivir en su propio hogar o en un centro de enfermería.

¿Cuándo debo usar este formulario?

Puede inscribirse en un plan:

- Entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre de cada año (para cobertura a partir del 1 de enero)
- En un plazo de tres meses de recibir Medicare por primera vez
- En ciertas situaciones en las que se le permite inscribirse o cambiar de plan

Visite [Medicare.gov](https://www.medicare.gov) para obtener más información sobre cuándo puede inscribirse en un plan.

¿Qué necesito para completar este formulario?

- Su número de Medicare (el número que aparece en su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare)
- Su dirección permanente y número de teléfono
- Su ID de MassHealth (Medicaid)

Nota: Debe completar todos los puntos de la Sección 1. Los puntos de la Sección 2 son opcionales; no se le puede negar la cobertura por no haberlos completado.

Recordatorios:

- Si desea unirse a un plan durante la inscripción abierta de otoño (del 15 de octubre al 7 de diciembre), el plan debe obtener su formulario completo antes del 7 de diciembre.

¿Qué sucede a continuación?

Envíe el formulario completo y firmado a la siguiente dirección:

Mass General Brigham Health Plan
Medicare Advantage
399 Revolution Drive, Suite 850
Somerville, MA 02145

Una vez que procesen su solicitud de inscripción, se comunicarán con usted.

¿Cómo obtengo ayuda con este formulario?

Llame a Mass General Brigham Health Plan al **888-897-8947** (TTY: 711).

O bien, llame a Medicare al **800-MEDICARE (800-633-4227)**. Los usuarios de TTY pueden llamar al **877-486-2048**.

En español: Llame a Mass General Brigham Health Plan al **888-897-8947** (TTY: 711) o a Medicare gratis al **800-633-4227** y oprima el 8 para asistencia en español, y un representante estará disponible para asistirle.

Personas sin hogar

Si desea unirse a un plan, pero no tiene una residencia permanente, entonces un apartado postal, una dirección de un refugio o una clínica, o la dirección donde recibe el correo (p. ej., cheques del Seguro Social) se pueden considerar como su dirección de residencia permanente.

De acuerdo con la Ley para la Reducción de Trámites (Paperwork Reduction Act, PRA) de 1995, ninguna persona está obligada a responder una recopilación de información, a menos que esta muestre un número de control válido de la Oficina de Administración y Presupuesto (Office of Management and Budget, OMB). El número de control válido de la OMB para esta recopilación de información es 0938-1378. Se estima que el tiempo necesario para completar esta información es, en promedio, de 20 minutos por respuesta, incluido el tiempo para revisar las instrucciones, buscar recursos de datos existentes, recopilar los datos necesarios, y completar y revisar la recopilación de información. Si tiene algún comentario sobre la precisión de la estimación (o estimaciones) de tiempo o sugerencias para mejorar este formulario, escriba a la siguiente dirección: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, MD 21244-1850.

IMPORTANTE: No envíe este formulario ni ningún artículo con su información personal (como reclamaciones, pagos, registros médicos, etc.) a PRA Reports Clearance Office (Oficina de Autorización de Recopilación de Información de PRA). Se destruirá cualquier artículo que recibamos que no se trate sobre cómo mejorar este formulario o la carga de su recopilación (descrito en OMB 0938-1378). No se conservará, revisará ni enviará al plan. Consulte "¿Qué sucede a continuación?" en esta

**Sección 1: todos los campos en esta sección son obligatorios
(a menos que estén marcados como opcionales)**

Seleccione el plan al que desea inscribirse.

☐ Mass General Brigham SCO (Senior Care Options) (HMO-SNP) H0777

Primer nombre:	Apellido:	Inicial del segundo nombre (opcional):
Fecha de nacimiento: (MM/DD/AAAA)	Sexo: ☐ Masculino ☐ Femenino	Número telefónico:

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

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

Número de teléfono móvil (opcional):	Dirección de correo electrónico (opcional):
--------------------------------------	---

☐ Sí, me gustaría que Mass General Brigham Health Plan me enviara mensajes de texto relacionados con los servicios y beneficios de mi plan. Entiendo que puedo decidir dejar de recibir mensajes de texto en cualquier momento siguiendo las instrucciones para cancelar la suscripción que se incluyen en el mensaje de texto.	☐ Sí, me gustaría que Mass General Brigham Health Plan me enviara mensajes de correo electrónico relacionados con los servicios y beneficios de mi plan. Entiendo que puedo decidir dejar de recibir mensajes por correo electrónico en cualquier momento siguiendo las instrucciones para cancelar la suscripción que se incluyen en el correo electrónico.
---	--

Domicilio postal, si es diferente de su domicilio permanente (se permite un apartado postal)
Dirección:

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

¿Está inscrito en MassHealth (Medicaid)? ☐ Sí ☐ No	ID de MassHealth (Medicaid) (12 dígitos):
---	---

Su información de Medicare:

Número de Medicare: - -

Fecha de entrada en vigencia de la Parte A (opcional):	Fecha de entrada en vigencia de la Parte B (opcional):
--	--

Responda estas preguntas importantes:

¿Tendrá otra cobertura de medicamentos recetados (como de Veteranos [VA], TRICARE) además de Mass General Brigham Health Plan? ☐ Sí ☐ No

Si tiene una cobertura médica que no sea Medicare y MassHealth (Medicaid), es posible que no pueda inscribirse en SCO.

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

Número de Seguro Social (opcional): - -

IMPORTANTE: Lea y firme a continuación:

- Debo conservar MassHealth Standard y las Partes A y B de Medicare para permanecer en Mass General Brigham Health Plan.
- Al unirme a Mass General Brigham SCO, reconozco que Mass General Brigham Health Plan compartirá mi información con Medicare, que puede usarla para realizar un seguimiento de mi inscripción, para realizar pagos y para otros fines permitidos por la ley federal que autorizan la recopilación de esta información (consulte la Declaración de la Ley de Privacidad a continuación). Su respuesta a este formulario es voluntaria. Sin embargo, no responder puede afectar la inscripción en el plan.
- Entiendo que puedo estar inscrito en un solo plan Medicare Advantage (MA) o de la Parte D a la vez, y que la inscripción en este plan finalizará automáticamente mi inscripción en otro plan MA o de la Parte D (se aplican excepciones para los planes de pago por servicio privado [Private Fee-for-Service, PFFS] y de cuenta de ahorros médicos [Medical Savings Account, MSA] de MA).
- Entiendo que cuando comience mi cobertura de Mass General Brigham Health Plan, debo obtener todos mis beneficios médicos y de medicamentos recetados de Mass General Brigham Health Plan. Estarán cubiertos los beneficios y servicios proporcionados por Mass General Brigham Health Plan y que se incluyen en mi Manual para Miembros de Mass General Brigham Health Plan, también conocido como Evidencia de cobertura. Ni Medicare ni Mass General Brigham Health Plan pagarán los beneficios o servicios que no estén cubiertos.
- La información de este formulario de inscripción es correcta según mi leal saber y entender. Entiendo que si proporciono información falsa de manera intencional en este formulario, se cancelará mi inscripción en el plan.
- Entiendo que mi firma (o la firma de la persona legalmente autorizada para actuar en mi nombre) en esta solicitud significa que he leído y entiendo el contenido de esta solicitud. Si lo firma un representante autorizado (como se describió anteriormente), esta firma certifica lo siguiente:
 - 1) Esta persona está autorizada por la ley estatal para completar esta inscripción.
 - 2) La documentación de esta autoridad está disponible a solicitud de Medicare.

Firma:	Fecha de hoy:
--------	---------------

Si usted es el representante autorizado, firme arriba y complete estos campos:

Nombre:	Dirección:
---------	------------

Número telefónico:	Relación con el inscrito:
--------------------	---------------------------

Sección 2: todos los campos en esta página son opcionales

La respuesta a estas preguntas es voluntaria.

No se le puede negar la cobertura porque no la completa.

Seleccione esta opción si desea que le enviemos información en un idioma que no sea inglés.

☐ Español

Seleccione una opción si desea que le enviemos información en un formato accesible.

☐ Braille ☐ Letra grande ☐ CD de audio ☐ CD de datos

Comuníquese con Mass General Brigham Health Plan al **855-486-3097** si necesita información en un formato accesible que no sea alguno de los mencionados anteriormente. El horario de atención del 1 de octubre al 31 de marzo es de 8 a. m. a 8 p. m. hora del este, de lunes a domingo Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8 a. m. a 8 p. m. hora del este. Los usuarios TTY pueden llamar al 711.

¿Trabaja? ☐ Sí ☐ No

¿Su cónyuge trabaja? ☐ Sí ☐ No

Indique su médico de atención primaria (primary care provider, PCP), clínica o centro de salud:

Nombre del agente/corredor/miembro del personal, si recibe asistencia con la inscripción

Complete esta sección si usted es una persona (es decir, agente, corredor, asesor del SHIP, familiar u otro tercero) que ayuda a un afiliado a completar este formulario.

Nombre del agente/corredor/
miembro del personal:

Relación con el inscrito:

Firma:

Número de productor nacional
(solo agentes/corredores):

Fecha de entrada en
vigencia de la cobertura:

ICEP/IEP:

AEP:

SEP (tipo):

No elegible:

Sección 3

Lea atentamente las siguientes afirmaciones y marque la casilla si la afirmación se aplica a usted. Al marcar cualquiera de las siguientes casillas, usted certifica que, a su leal saber y entender, es elegible para un período de inscripción. Si luego determinamos que esta información es incorrecta, es posible que se cancele su inscripción.

- ☐ Soy nuevo en Medicare.
- ☐ Estoy inscrito en un plan Medicare Advantage y deseo hacer un cambio durante el período de inscripción abierta de Medicare Advantage (Medicare Advantage Open Enrollment Period, MA OEP).
- ☐ Recientemente me mudé fuera del área de servicio de mi plan actual o recientemente me mudé y tengo nuevas opciones disponibles para mí. Me mudé el (insertar fecha).
- ☐ Recientemente he sido liberado de una institución penitenciaria. Fui liberado el (insertar fecha).
- ☐ Recientemente regresé a los Estados Unidos después de vivir de forma permanente fuera de los EE. UU. Regresé a los EE. UU. el (insertar fecha).
- ☐ Recientemente obtuve el estado legal en los Estados Unidos. Obtuve este estado el (insertar fecha).
- ☐ Recientemente tuve un cambio en mi Medicaid (obtuve Medicaid por primera vez, tuve un cambio en el nivel de asistencia de Medicaid o perdí Medicaid) el (insertar fecha).
- ☐ Recientemente tuve un cambio en mi Ayuda Adicional para pagar la cobertura de medicamentos con receta de Medicare (recibí Ayuda Adicional por primera vez, tuve un cambio en el nivel de Ayuda Adicional o perdí la Ayuda Adicional) el (insertar fecha).
- ☐ Tengo Medicare y obtengo todos los beneficios de Medicaid. Deseo unirme o cambiarme a un plan que coordine la cobertura entre mis planes de atención administrada de Medicare y Medicaid (denominado Plan de necesidades especiales doble integrado [Dual Special Needs Plan, D-SNP]).
- ☐ Me mudo, vivo o me mudé recientemente de un centro de atención a largo plazo (por ejemplo, un hogar de ancianos o un centro de atención a largo plazo). Me mudé o me mudaré a o fuera del centro el (insertar fecha).
- ☐ Recientemente dejé un programa PACE el (insertar fecha).
- ☐ Recientemente perdí de manera involuntaria mi cobertura acreditable de medicamentos con receta el (cobertura tan buena como la de Medicare). Perdí mi cobertura de medicamentos el (insertar fecha).
- ☐ Voy a dejar mi cobertura del empleador o sindicato el (insertar fecha).
- ☐ Estoy en un Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica (State Pharmaceutical Assistance Program) calificado, o perderé la ayuda de un Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica.
- ☐ Mi plan finalizará su contrato con Medicare, o Medicare finalizará su contrato con mi plan.

☐ Estaba inscrito en un plan de Medicare (o de mi estado) y quiero elegir un plan diferente.
Mi inscripción en ese plan comenzó el (insertar fecha).

☐ Me vi afectado por una emergencia o un desastre grave, según lo declarado por la Agencia Federal para el Manejo de Emergencias (Federal Emergency Management Agency, FEMA) o por una entidad gubernamental federal, estatal o local. Una de las otras declaraciones aquí se aplicaba a mi caso, pero no pude presentar mi solicitud de inscripción debido al desastre.

Si ninguna de estas afirmaciones se aplica a su caso o no está seguro, comuníquese con Mass General Brigham Health Plan al **888-403-7573** (TTY: 711) para saber si es elegible para la inscripción.

*¿Cómo sé si tengo las Partes A y B de Medicare?

Si tiene una tarjeta de Medicare, revísela para ver si tiene la Parte A, B o ambas. Si no tiene una tarjeta, puede saber si tiene Medicare A y B llamando a Medicare al **800-MEDICARE (800-633-4227)**. Los usuarios de TTY pueden llamar al **877-486-2048** o visitar su sitio web en [Medicare.gov](https://www.Medicare.gov).

**¿Cómo sé si califico para la Parte D de Medicare?

Si no sabe si califica para la Parte D de Medicare, llame a Medicare al **800-MEDICARE (800-633-4227)**. Los usuarios de TTY pueden llamar al **877-486-2048** o visitar su sitio web en [Medicare.gov](https://www.Medicare.gov).

***¿Cómo sé si tengo MassHealth Standard o MassHealth CommonHealth?

Si no sabe si tiene MassHealth Standard o CommonHealth, llame a MassHealth al **800-841-2900**, TDD/TTY: 711

Mass General Brigham SCO (Senior Care Options) es un plan de necesidades especiales con doble elegibilidad (Dual Special Needs Plan, D-SNP) que tiene un contrato con Medicare y un contrato con el programa Medicaid de Commonwealth of Massachusetts. La inscripción en el plan depende de la renovación del contrato del plan con Medicare. Este plan es un programa voluntario que está disponible para cualquier persona mayor de 65 años que califique para MassHealth Standard y Original Medicare, y

DECLARACIÓN DE LA LEY DE PRIVACIDAD

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS) recopilan información de los planes de Medicare para realizar un seguimiento de la inscripción de beneficiarios en los planes Medicare Advantage (MA), mejorar la atención y para el pago de los beneficios de Medicare. Las secciones 1851 y 1860D-1 de la Ley de Seguro Social y 42 del Código de Reglamentos Federales (Code of Federal Regulations, CFR) §§ 422.50 y 422.60 autorizan la recopilación de esta información. Los CMS pueden usar, divulgar e intercambiar datos de inscripción de los beneficiarios de Medicare según lo especificado en "Medicamentos recetados de Medicare Advantage (Medicare Advantage Prescription Drug, MARx)" del Aviso del sistema de registros (System of Records Notice, SORN), sistema n.º 09-70-0588. Su respuesta a este formulario es voluntaria. Sin embargo, no