

## Lista de verificación previa a la inscripción

Antes de tomar una decisión sobre la inscripción, es importante que comprenda bien los beneficios que ofrecemos y nuestras reglas. Si tiene alguna pregunta sobre este aviso, comuníquese con el Servicio al Cliente llamando al 1-877-255-7108 (TRS 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes (del 1 de octubre al 31 de marzo, los siete días a la semana).

### Explicación de los beneficios

- La Evidencia de cobertura (EOC) proporciona una lista completa de la cobertura y de todos los servicios. Es importante revisar la cobertura del plan, los costos y los beneficios antes de inscribirse. Visite [fallonhealth.org/navicare](http://fallonhealth.org/navicare) o llame al 1-877-255-7108 (TRS 711) para ver o solicitar una copia de la EOC.
- Revise el Directorio de proveedores para asegurarse de que los médicos que consulta actualmente estén en la red (o pregunte a los médicos). Si no figuran, significa que es muy probable que deba elegir a otro médico.
- Revise el Directorio de farmacias para asegurarse de que la farmacia a la que recurre para comprar cualquier medicamento con receta esté en la red. Si no figura, es muy probable que deba elegir otra farmacia para los medicamentos con receta.
- Revise el formulario para asegurarse de que sus medicamentos están cubiertos.

### Explicación de las reglas importantes

- Los beneficios, las primas o los copagos/coseguros pueden cambiar el 1 de enero de 2026.
- Debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare, a menos que la Mancomunidad de Massachusetts la pague por usted. Por lo general, esta prima se descuenta del cheque del Seguro Social todos los meses.
- Excepto en situaciones de emergencia o urgencia, no cubrimos servicios provistos por proveedores fuera de la red (médicos que no figuran en el Directorio de proveedores).
- Este plan es un plan de necesidades especiales con doble elegibilidad (D-SNP). Su elegibilidad para inscribirse se basará en la verificación de su derecho a obtener tanto Medicare como asistencia médica de un plan estatal de Medicaid. Usted es elegible para NaviCare si es mayor de 65 años, vive en un área de servicio (todos los condados de Massachusetts, excepto Dukes y Nantucket) y es elegible para MassHealth Standard. Además, no puede estar inscrito en otro plan de seguro médico, excepto Medicare.
- Efecto en la cobertura actual.** Si actualmente está inscrito en un plan de Medicare Advantage, su cobertura de atención médica de Medicare Advantage finalizará una vez que comience su cobertura nueva de Medicare Advantage. Si tiene Tricare, su cobertura puede verse afectada una vez que comience su cobertura nueva de Medicare Advantage. Comuníquese con Tricare para obtener más información. Si tiene un plan de Medigap, una vez que comience su cobertura nueva de Medicare Advantage, es posible que quiera retirar su póliza de Medigap, ya que pagará por una cobertura que no puede usar.



*NaviCare es un programa voluntario asociado con MassHealth/EOHHS y los CMS.*



Este formulario es para personas que tienen beneficios de MassHealth Standard y las Partes A y B de Medicare, y eligen inscribirse en       NaviCare®      .

# Opciones de atención para personas mayores (SCO) de MassHealth y formulario de inscripción en Medicare Advantage



## Información de MassHealth

► ¿Está inscrito(a) en MassHealth? Sí  No

Escriba su número de identificación de MassHealth o adjunte una copia de su tarjeta de MassHealth. Su número de MassHealth es el número de 12 dígitos debajo de su nombre. Número de identificación de MassHealth: \_\_\_\_\_

*Debe tener 65 años o más, tener beneficios de MassHealth Standard, vivir en el       NaviCare       área de servicio, no tener otro seguro de salud integral (excepto Medicare) y no residir en un hospital para enfermedades crónicas, para inscribirse en una organización de atención de personas mayores.* Para solicitar MassHealth, llame al 1-800-841-2900 (TTY: 1-800-497-4648 para personas sordas, con problemas auditivos o con discapacidad del habla).

► Nombre del médico de atención primaria que ha seleccionado: \_\_\_\_\_

## Información del miembro

Apellido		Nombre		Inicial del segundo nombre		Sr. <input type="checkbox"/> Sra. <input type="checkbox"/> Srta. <input type="checkbox"/>	
Fecha de nacimiento		Formato preferido para los materiales <input type="checkbox"/> Braille <input type="checkbox"/> Letra grande <input type="checkbox"/> Audio CD* <input type="checkbox"/> CD de datos <input type="checkbox"/> Otro _____ <small>*No se encriptarán los mensajes de audio, lo que significa que otras personas pueden interceptarlos. Al seleccionar "audio", acepta recibir estos mensajes de audio sin encriptación.</small>					
Sexo M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		Idioma escrito preferido		Idioma verbal preferido			
¿Es de origen hispano, latino o español? Seleccione todas las opciones que correspondan (opcional). <input type="checkbox"/> No, ni de origen hispano, latino, ni español <input type="checkbox"/> Sí, mexicano, mexicano estadounidense, chicano <input type="checkbox"/> Sí, puertorriqueño <input type="checkbox"/> Sí, cubano <input type="checkbox"/> Sí, otro origen hispano, latino o español <input type="checkbox"/> <b>Prefiero no responder.</b>							
¿Cuál es su raza? Seleccione todas las opciones que correspondan (opcional). <input type="checkbox"/> Indígena estadounidense o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái y de otra isla del Pacífico: Asiático: <input type="checkbox"/> Guameño o chamorro <input type="checkbox"/> Indio asiático <input type="checkbox"/> Coreano <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái <input type="checkbox"/> Chino <input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Samoano <input type="checkbox"/> Filipino <input type="checkbox"/> Asiático (otro) <input type="checkbox"/> Isleño del Pacífico (otro) <input type="checkbox"/> Japonés <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano <input type="checkbox"/> <b>Prefiero no responder.</b>							
¿Cuál es su sexo? Seleccione una opción. <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Utilizo otro término: _____ <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> <b>Prefiero no responder.</b> <input type="checkbox"/> No binario							
¿Cuál de las siguientes opciones representa mejor la forma en que usted se define? Seleccione una opción. <input type="checkbox"/> Lesbiana o gay <input type="checkbox"/> Utilizo otro término: _____ <input type="checkbox"/> Heterosexual, es decir, ni gay ni lesbiana <input type="checkbox"/> No sé. <input type="checkbox"/> Bisexual <input type="checkbox"/> <b>Prefiero no responder.</b>							

**Dirección permanente** (donde vive)

Dirección		Ciudad/localidad
Estado	CÓDIGO POSTAL	Número de teléfono particular
Número de teléfono celular (opcional) (_____) _____ - _____		Dirección de correo electrónico (opcional) _____
<input type="checkbox"/> Autorizo a Fallon Health a enviarme mensajes de texto relacionados con los beneficios y servicios de mi plan.		<input type="checkbox"/> Autorizo a Fallon Health a enviarme mensajes de correo electrónico relacionados con los beneficios y servicios de mi plan.

**Dirección postal** (lugar donde recibe su correspondencia, si es distinto del lugar donde vive)

Dirección		Ciudad/localidad
Estado	CÓDIGO POSTAL	Número de teléfono

Si reside en un **centro de enfermería**, ingrese el nombre y la dirección aquí.

Nombre del centro de enfermería		
Calle		Ciudad/localidad
Estado	CÓDIGO POSTAL	Número de teléfono

**Información de Medicare**

► Saque su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare para completar esta sección.

- Complete esta información tal como figura en su tarjeta de Medicare.

**O BIEN**

- Adjunte una copia de su tarjeta de Medicare, o su carta de la Administración del Seguro Social o la Junta de jubilación para ferroviarios.

**Debe tener la Parte A y la Parte B de Medicare para inscribirse en un plan Medicare Advantage.**

Nombre (tal como figura en la tarjeta de Medicare.): _____
Número de Medicare: _____
Tiene derecho a:      Fecha de entrada en vigencia:
<input type="checkbox"/> COBERTURA HOSPITALARIA (Parte A) _____
<input type="checkbox"/> COBERTURA MÉDICA (Parte B) _____

**Otro seguro de salud**

► ¿Tiene algún seguro de salud distinto de Medicare y MassHealth?    Sí     No

Si respondió que sí, ¿cuál es el nombre del otro seguro? \_\_\_\_\_

## Su atención médica

---

Al completar esta solicitud de inscripción, acepto lo siguiente:

Fallon Health es un plan Medicare Advantage y tiene un contrato con el gobierno federal. Fallon Health también tiene un contrato con la mancomunidad de Massachusetts/MassHealth. Necesitaré mantener MassHealth Standard y la Parte A y la Parte B de Medicare. Solo puedo estar en un plan Medicare Advantage a la vez y comprendo que mi inscripción en este plan terminará automáticamente mi inscripción en otro plan de salud o plan de medicamentos con receta de Medicare. Es mi responsabilidad informarles de cualquier cobertura para medicamentos con receta que tenga o pueda tener en el futuro. Como tengo las Partes A y B de MassHealth y Medicare, puedo retirarme de NaviCare en cualquier momento. Al retirarme, ya no tendré cobertura de NaviCare el primer día del mes siguiente al mes que solicite dejar NaviCare.

(Ejemplo: si solicito dejar este plan el 10 de julio, dejaré de estar cubierto por este plan el 1 de agosto).

NaviCare cubre un área de servicio específica. Si me mudo fuera del área que cubre NaviCare, debo notificar al plan para poder cancelar la inscripción y encontrar un plan nuevo en mi nueva área. Una vez que sea miembro de NaviCare, tengo el derecho de apelar contra las decisiones del plan sobre pagos o servicios si no estoy de acuerdo. Leeré la Evidencia de cobertura de NaviCare cuando la reciba para conocer las reglas que debo cumplir para obtener cobertura con este plan Medicare Advantage. Comprendo que los beneficiarios de Medicare, generalmente, no están cubiertos por Medicare cuando se encuentran fuera del país, excepto por coberturas limitadas cerca de la frontera de los Estados Unidos.

Comprendo que una vez que llegue la fecha de entrada en vigencia de la cobertura de NaviCare, debo recibir toda la atención médica de NaviCare, excepto para servicios de emergencia o de urgencia, o servicios de diálisis fuera del área. Los servicios que autoriza NaviCare y otros servicios contenidos en mi documento de Evidencia de cobertura de NaviCare (también conocido como contrato con el miembro o contrato con el suscriptor) estarán cubiertos. Sin autorización, NI MEDICARE NI NAVICARE PAGARÁN POR LOS SERVICIOS.

Comprendo que, si voy a recibir asistencia de un representante de ventas, un corredor u otra persona empleada o contratada por NaviCare, esta persona puede recibir un pago según mi inscripción en NaviCare.

## Divulgación de información

---

Al inscribirme en el presente plan de salud de Medicare, acepto que este plan divulgue mi información a Medicare y a otros planes, según sea necesario para tratamiento, pago y operaciones de atención médica. También acepto que NaviCare HMO SNP divulgue mi información a Medicare, que puede a su vez divulgarla para investigación y otros propósitos que cumplan con todas las leyes y reglamentos federales vigentes. A mi mejor entender, la información del presente formulario de inscripción es correcta. Comprendo que, si intencionalmente proporciono información falsa en este formulario, se cancelará mi inscripción en el plan.

Comprendo que mi firma (o la firma de la persona autorizada para actuar en nombre de la persona por las leyes del estado en el que viva dicha persona) en esta solicitud significa que he leído y comprendo los contenidos de esta solicitud. Si firma una persona autorizada (como se describe anteriormente), la firma certifica que: 1) esta persona está autorizada por la ley estatal para completar esta inscripción y 2) la documentación de esta autorización se encuentra disponible si lo solicita NaviCare HMO SNP o Medicare.

*Uno de nuestros representantes del Servicio para los Inscriptos le llamará en los próximos 10 días para verificar la información de este formulario y para asegurarse de que entiende las normas de nuestro plan.*

**Brinde un número de teléfono al que podamos llamarle:** \_\_\_\_\_

**Mejor hora para llamar:** \_\_\_\_\_ *por la mañana* \_\_\_\_\_ *por la tarde* \_\_\_\_\_ *por la noche*

## Firma

---

Firma: \_\_\_\_\_

Nombre en letra de imprenta: \_\_\_\_\_

Fecha de hoy: \_\_\_\_\_

Si ha elegido un representante autorizado, el representante autorizado debe firmar arriba y proporcionar la siguiente información:

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Número de teléfono principal: \_\_\_\_\_

Relación con la persona inscrita: \_\_\_\_\_

### **Solamente para uso en consultorio**

Fecha de recepción: \_\_\_\_\_

Nombre del miembro del personal/agente/corredor (*si ayudó con la inscripción*):  
\_\_\_\_\_

Nombre del corredor/agente: \_\_\_\_\_ N.º de lic. de Mass.: \_\_\_\_\_

N.º de identificación del plan: \_\_\_\_\_

Fecha de entrada en vigencia de la cobertura: \_\_\_\_\_

ICEP/IEP: \_\_\_\_\_ OEP: \_\_\_\_\_ AEP: \_\_\_\_\_

SEP (tipo): \_\_\_\_\_ No es elegible: \_\_\_\_\_

## Notas

---

---

---

---

---

---

---

---

---