



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, comuníquese con un representante de 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 (los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo).

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 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 están en la lista, significa que es probable que tenga que seleccionar un nuevo 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 la farmacia no aparece en la lista, es probable que tenga que seleccionar una nueva farmacia para obtener sus medicamentos recetados.
- ☐ Revise el formulario para asegurarse de que sus medicamentos están cubiertos.

Explicación de reglas importantes

- ☐ Los beneficios, las primas o los copagos/coseguros pueden cambiar el 1 de enero de 2027.
- ☐ Debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare, a menos que la Mancomunidad de Massachusetts pague esta prima 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 capacidad de inscripción se basará en lo siguiente: 1) Debe tener 65 años o más, 2) Debe tener MassHealth Standard y Medicare Partes A y B, 3) Debe vivir en el área de servicio (todo MA, excepto los condados de Dukes y Nantucket), 4) No puede tener ningún otro seguro de salud integral que no sea Medicare.



NaviCare es un programa voluntario asociado con MassHealth/EOHHS y los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS).

- **Efecto en la cobertura actual.** Si actualmente está inscrito en un plan de Medicare Advantage, su cobertura de atención de la salud actual finalizará una vez 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 Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (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® HMO SNP.



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 los beneficios de MassHealth Standard y de la Parte A y la Parte B de Medicare, 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 poder 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. ☐ Sra. ☐ Srta. ☐
Fecha de nacimiento	Formato preferido para los materiales ☐ Braille ☐ Letra grande ☐ Audio CD* ☐ CD de datos ☐ Otro _____ *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.				
Sexo M ☐ F ☐	Idioma escrito preferido		Idioma verbal preferido		

Dirección permanente (donde vive)

Dirección		Ciudad/localidad
Estado	Código postal	Número de teléfono particular
Número de teléfono celular (opcional) (____) _____ - _____ ☐ Autorizo a Fallon Health a enviarme mensajes de texto relacionados con los beneficios y servicios de mi plan.		Dirección de correo electrónico (opcional) _____ ☐ 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		
Dirección		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.

Otro seguro de salud

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

Si respondió sí, ¿cuál es el nombre del otro seguro? _____

Nombre (tal como figura en la tarjeta de Medicare.):

Número de Medicare:

Tiene derecho a: Fecha de entrada en vigencia:

☐ COBERTURA HOSPITALARIA (Parte A)

☐ COBERTURA MÉDICA (Parte B)

Su atención médica

Al completar esta solicitud de inscripción, acepto lo siguiente:

_____ NaviCare _____ es un plan de atención coordinada que tiene un contrato con Medicare y un contrato con el programa Medicaid de la 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 de 65 años o más que califique para MassHealth Standard y Original Medicare y que no tenga ningún otro seguro de salud integral, excepto Medicare. 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. Debido a que tengo MassHealth y la Parte A y la Parte B de Medicare, puedo retirarme de _____ NaviCare _____ en cualquier momento. Al retirarme, ya no tendré cobertura de _____ NaviCare _____ desde 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 que figuran 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 _____ 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 a completar esta inscripción y 2) la documentación de esta autorización se encuentra disponible si lo solicita _____ NaviCare _____ 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 de la oficina 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: _____

Número Nacional de Productor (solo agentes/corredores): _____

N.º de identificación del plan: _____

Fecha de entrada en vigencia de la cobertura: _____

ICEP/IEP: _____ OEP: _____ AEP: _____

SEP (tipo): _____ No es elegible: _____

Notas
