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

▶Seleccione el plan en el que desea inscribirse ☐ **NaviCare® HMO SNP** ☐ **NaviCare® NHC HMO SNP**

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	MI	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)	Dirección de correo electrónico (opcional)
(___ ___ ___) ___ ___ ___ - ___ ___ ___ ___ ☐ Autorizo a Fallon Health a enviarme mensajes de texto relacionados con los beneficios y servicios de mi plan.	_____ ☐ Autorizo a Fallon Health a enviarme mensajes de correo electrónico relacionados con los beneficios y servicios de mi plan.

Siga en la siguiente página. ▶

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.

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) _____

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? _____

Siga en la siguiente página. ▶

Su atención médica

Al completar esta solicitud de inscripción, acepto lo siguiente:

NaviCare HMO SNP/NaviCare NHC HMO SNP es un Plan de Necesidades Especiales para Personas con Doble Elegibilidad (D-SNP) que tiene un contrato con Medicare y un contrato con el programa Commonwealth of Massachusetts MassHealth (Medicaid). 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 el Manual del miembro de NaviCare cuando lo reciba para saber qué normas debo seguir para recibir la cobertura de 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 autorizados por NaviCare y otros servicios que figuran en el documento de mi Manual del miembro de NaviCare (también conocido como contrato del miembro o acuerdo de suscriptor) están 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***

Siga en la siguiente página. ▶

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