

Formulario de solicitud de inscripción individual



1 Para inscribirse en SCAN Health Plan, proporcione la siguiente información:

Marque el plan en el que desea inscribirse:

SCAN Classic (HMO)

- 001 Condado de Ventura \$39 por mes
- 006 Condado de Los Angeles \$0 por mes
- 007 Condado de Orange \$0 por mes
- 008 Condado de Riverside \$0 por mes
- 009 Condado de San Bernardino \$0 por mes
- 019 Condado de San Francisco \$35 por mes
- 020 Condado de Santa Clara \$54 por mes
- 052 Condados de Napa y Sonoma \$45 por mes

SCAN Balance (HMO SNP)

- 034 Condados de Los Angeles y Orange \$0 por mes
- 054 Condados de Napa y Sonoma \$49 por mes

SCAN Heart First (HMO SNP)

- 028 Condado de Orange \$0 por mes
- 033 Condados de Riverside y San Bernardino \$0 por mes
- 053 Condados de Napa y Sonoma \$49 por mes

SCAN Classic II (HMO)

- 061 Condados de Riverside y San Bernardino \$0 por mes
- 064 Condado de Los Angeles \$32 por mes

SCAN Prime (HMO)

- 065 Condado de Los Angeles \$25 por mes
- 066 Condado de Orange \$26 por mes
- 067 Condado de Riverside \$23 por mes
- 068 Condado de San Bernardino \$23 por mes

Scripps Classic offered by SCAN Health Plan (HMO)

- 005 Condado de San Diego \$0 por mes

Scripps Signature offered by SCAN Health Plan (HMO)

- 004 Condado de San Diego \$74 por mes

Scripps Heart First offered by SCAN Health Plan (HMO SNP)

- 055 Condado de San Diego \$26 por mes

Scripps Plus offered by SCAN Health Plan (HMO)

- 040 Condado de San Diego \$34.80 por mes

SCAN Plus (HMO)

- 045 Condados de Los Angeles, Orange, Riverside, San Bernardino, San Francisco y Ventura \$34.80 por mes

SCAN Healthy at Home (HMO SNP)

- 006 Condados de Los Angeles, Orange, Riverside y San Bernardino \$0 por mes

SCAN Connections (HMO SNP)

- 010 Condados de Los Angeles, Riverside y San Bernardino \$0 por mes

SCAN Connections at Home (HMO SNP)

- 029 Condado de Los Angeles \$0 por mes
- 030 Condado de Riverside \$0 por mes
- 031 Condado de San Bernardino \$0 por mes



1

Para inscribirse en SCAN Health Plan, proporcione la siguiente información: (Continuación)

Apellido: _____

Nombre: _____ Inicial del 2.º nombre: _____ Sr. Sra. Srta.

Fecha de nacimiento: _____ / _____ / _____ Sexo: Hombre Mujer
M M D D A A A A

Número de teléfono particular: (_____) _____ - _____

Número de teléfono principal: (_____) _____ - _____ Móvil

Número de teléfono secundario: (_____) _____ - _____ Móvil

Dirección de correo electrónico: _____

Elija cómo desea recibir la información del plan:

Marque aquí para obtener su Explicación de beneficios (EOB) de la Parte C y su Notificación anual de cambios (ANOC) en línea, en vez de por correo postal de EE. UU. Recibirá un correo electrónico cada vez que esté disponible uno de estos documentos. Puede regresar al correo postal de EE. UU. en cualquier momento.

Dirección de residencia permanente (no se acepta apartado postal):

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

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

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Contacto de emergencia (opcional): _____

Número de teléfono: (_____) _____ - _____

Relación con usted: _____

Marque una de las casillas que se encuentran a continuación si prefiere que le enviemos la información del plan en un idioma que no sea inglés:

Idioma: Español Chino

Comuníquese con SCAN Health Plan al 1-800-559-3500 (TTY: 711) si necesita recibir información en un formato accesible (en audio o letra grande) o en un idioma que no sean los que se indican anteriormente. Atendemos de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. los siete días de la semana, desde 1 de octubre hasta el 31 de marzo. Desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre, atendemos de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. de lunes a viernes. Los mensajes que se reciban durante los feriados y fuera de nuestro horario de atención se responderán durante el siguiente día hábil.

2

Proporcione su información del seguro de Medicare

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

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

—0—

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

Nombre (tal como aparece en su tarjeta de Medicare): _____

Número de Medicare: _____

Tiene derecho a:

Fecha de vigencia:

COBERTURA HOSPITALARIA (Parte A): _____ / _____ / _____

COBERTURA MÉDICA (Parte B): _____ / _____ / _____

Usted debe tener la Parte A y la Parte B de Medicare para inscribirse en un plan Medicare Advantage.



3

Cómo pagar la prima del plan

Puede pagar su prima mensual del plan, o si determinamos que debe una multa por inscripción tardía (o si actualmente tiene una multa por inscripción tardía), necesitamos saber cómo preferiría pagarla. Puede pagar por correo, transferencia electrónica de fondos (EFT), tarjeta de crédito o débito todos los meses. También puede elegir pagar a través de una deducción automática mensual del cheque de beneficios del Seguro Social o de la Junta directiva de jubilación de los empleados ferroviarios (RRB). Si se le asigna un monto de ajuste mensual acorde a sus ingresos (IRMAA) de la Parte D, recibirá una notificación de la Administración del Seguro Social. Usted será responsable de pagar este monto adicional, además de la prima de su plan. Se le descontará el monto de su cheque de beneficios del Seguro Social o se le facturará directamente por Medicare o la Junta directiva de jubilación de los empleados ferroviarios (RRB). **NO le pague a SCAN Health Plan la IRMAA de la Parte D.**

Las personas con ingresos limitados pueden ser elegibles para recibir Ayuda adicional para pagar los costos de sus medicamentos con receta. Si es elegible, Medicare puede pagar el 75% o más de los costos de los medicamentos, incluidas las primas mensuales, los deducibles anuales y los coseguros de los medicamentos con receta. Además, las personas que califiquen no tendrán un período sin cobertura o 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 su oficina local del Seguro Social o llame al Seguro Social al 1-800-772-1213 usuarios de TTY llamen al 1-800-325-0778. También puede solicitar Ayuda adicional por Internet en www.socialsecurity.gov/prescriptionhelp.

Si califica para recibir Ayuda adicional para los costos de la cobertura de Medicare para medicamentos con receta, Medicare pagará la totalidad o parte de la prima del plan. Si Medicare paga solo una parte de esta prima, le facturaremos el monto que Medicare no cubre.

Si no elige una opción de pago, recibirá una factura cada mes.

Elija una opción de pago de la prima:

Recibir una factura.

Transferencia electrónica de fondos (EFT) de su cuenta bancaria todos los meses. Incluya un cheque NULO o proporcione lo siguiente:

Nombre del titular de la cuenta:	
Número de enrutamiento del banco:	
Número de cuenta del banco:	

Tipo de cuenta: Cheques De ahorros

Tarjeta de crédito/Tarjeta de débito. Brinde la siguiente información: Tipo de tarjeta: VISA M/C AMEX Discover

Nombre del titular de la cuenta tal como aparece en la tarjeta:			
Número de cuenta:			
Fecha de vencimiento:	/ (MM/AAAA)	Código de seguridad:	

Deducción automática de su cheque de beneficios mensual del Seguro social o de la Junta directiva de jubilación de los empleados ferroviarios (RRB).

Recibo beneficios mensuales de: Seguro social RRB

La deducción del Seguro social o de la Junta directiva de jubilación de los empleados ferroviarios (RRB) puede demorar dos o más meses en empezar desde que el Seguro social o la RRB apruebe la deducción. En la mayoría de los casos, si el Seguro Social o la Junta directiva de jubilación de los empleados ferroviarios (RRB) acepta su pedido de una deducción automática, la primera deducción de su cheque de beneficios del Seguro Social o de la RRB incluirá todas las primas adeudadas desde la fecha de vigencia de su inscripción hasta la fecha en que se inician las retenciones. Si el Seguro social o la Junta directiva de jubilación de los empleados ferroviarios (RRB) no aprueban su pedido de una deducción automática, le enviaremos una factura en papel para sus primas mensuales.



4

Lea y responda estas preguntas importantes.

- 1 ¿Tiene enfermedad renal en fase terminal (ESRD)? Sí No
Si recibió un trasplante exitoso de riñón o ya no necesita diálisis regular, **adjunte una nota o registros** de su médico que indique que recibió un trasplante exitoso de riñón o que ya no necesita diálisis. De lo contrario, es posible que debamos comunicarnos con usted para obtener información adicional.

- 2 Algunas personas pueden tener otra cobertura para medicamentos, incluido otro seguro privado, TRICARE, cobertura federal de beneficios médicos para empleados, beneficios para veteranos o programas estatales de asistencia farmacéutica. ¿Tendrá otra cobertura para medicamentos con receta además de SCAN Health Plan? Sí No

Si responde "Sí", mencione su otra cobertura y su(s) número(s) de identificación (ID) de esa cobertura:

Nombre de la otra cobertura:

N.º de ident. de esa cobertura: N.º de grupo de esa cobertura:

3. ¿Reside en un centro de atención médica a largo plazo, como un centro de convalecencia? Sí No
Si responde "Sí", brinde la siguiente información:

Nombre de la institución:

Dirección y número de teléfono de la institución (número y calle):

4. ¿Está inscrito en el programa Medicaid de su estado? Sí No
Si responde "Sí", proporcione su número de Medicaid: _____

5. ¿Usted o su cónyuge trabajan? Sí No

6. Complete solo si se inscribirá en un plan Heart First (HMO SNP). Si se inscribirá en otro plan, omita esta pregunta.
¿Su médico le ha diagnosticado alguna de estas afecciones?

Insuficiencia cardíaca congestiva Sí No Enfermedad de las arterias coronarias Sí No

Arritmia cardíaca Sí No Enfermedad vascular periférica Sí No

Enfermedad tromboembólica venosa crónica Sí No

7. Complete solo si se inscribirá en un plan SCAN Balance (HMO SNP). Si se inscribirá en otro plan, omita esta pregunta. ¿Su médico le ha diagnosticado diabetes? Sí No

Elija el nombre de un médico de atención primaria (PCP) y Grupo Médico:

¿Es un paciente actual de este médico? Sí No



5

Lea esta información importante

PARE

Si actualmente usted tiene una cobertura de salud de un empleador o sindicato, inscribirse en SCAN Health Plan podría afectar sus beneficios de salud de su empleador o sindicato. Podría perder la cobertura de salud de su empleador o sindicato si se inscribe en SCAN Health Plan. Lea las comunicaciones que su empleador o sindicato le envían. Si tiene preguntas, visite el sitio web o póngase en contacto con la oficina que aparece en las comunicaciones. Si no hay información de contacto, el administrador de sus beneficios o la oficina que responde preguntas sobre su cobertura pueden ayudarlo.

6

Lea y firme abajo

Al completar este formulario de inscripción, acepto lo siguiente:

SCAN Health Plan es un plan Medicare Advantage y tiene un contrato con el gobierno federal. Deberé conservar las Partes A y B de Medicare. Puedo tener solo un plan Medicare Advantage a la vez y entiendo que mi inscripción en este plan automáticamente cancelará mi inscripción en otro plan de salud o plan de medicamentos con receta de Medicare. Es mi responsabilidad informarle sobre cualquier cobertura para medicamentos con receta que tenga o pueda tener en el futuro. La inscripción en este plan es normalmente para todo el año. Una vez inscrito, puedo abandonar este 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 todos los años), o según ciertas situaciones especiales.

SCAN Health Plan brinda servicios en un área de servicio específica. Si me mudo del área en la que SCAN Health Plan brinda servicios, debo informarle al plan para poder darme de baja y encontrar un nuevo plan en mi nueva área. Una vez que sea miembro de SCAN, tengo derecho a apelar decisiones del plan sobre pagos o servicios con las que no esté de acuerdo. Leeré la Evidencia de cobertura de SCAN cuando la reciba para conocer qué normas debo cumplir para obtener cobertura de este plan Medicare Advantage. Entiendo que las personas que tienen Medicare suelen no estar cubiertas por Medicare cuando se encuentran fuera del país, excepto por una cobertura limitada cerca de la frontera de EE. UU.

Entiendo que, desde la fecha en que comienza la cobertura de SCAN, debo obtener toda la atención médica solo de SCAN, excepto para las emergencias, los servicios de urgencia o los servicios de diálisis fuera del área. Estarán cubiertos los servicios autorizados por SCAN y otros servicios incluidos en el documento de Evidencia de cobertura de SCAN (también conocido como contrato del miembro o acuerdo del suscriptor). Sin autorización, **NI MEDICARE NI SCAN PAGARÁ LOS SERVICIOS.**

Entiendo que, si recibo asistencia de un agente de ventas, un corredor u otra persona empleada o contratada por SCAN, este(a) puede recibir un pago por mi inscripción en SCAN.

Divulgación de información: Al inscribirme en este plan de salud de Medicare, acepto que SCAN divulgará mi información a Medicare y otros planes, según sea necesario, para tratamientos, pagos y operaciones relacionadas con la atención médica. También acepto que SCAN divulgará mi información, incluidos los datos de eventos relacionados con mis medicamentos con receta, a Medicare, quien puede divulgarla con fines de investigación y otros propósitos de conformidad con todas las leyes y regulaciones federales vigentes. A mi leal saber y entender, la información de esta solicitud de inscripción es correcta. Entiendo que, si intencionalmente proporciono información falsa en este formulario, se dará de baja mi inscripción en el plan.

Entiendo que mi firma (o la firma de la persona autorizada a actuar en mi nombre de conformidad con la ley del estado donde vivo) en esta solicitud significa que he leído y entiendo su contenido. Si el documento es firmado por una persona autorizada (tal como se describe más arriba), esta firma certifica que 1) esta persona está autorizada de conformidad con la ley del estado a completar esta inscripción y que 2) la documentación de esta facultad está disponible a pedido en Medicare.

Firma: _____ Fecha de hoy: - -

Si usted es el representante autorizado, debe firmar arriba y brindar la siguiente información:

Nombre:

Dirección:

Número de teléfono particular: () -

Relación con la persona inscrita:



Declaración de elegibilidad para un período de inscripción

Por lo general, puede inscribirse en un plan Medicare Advantage solo 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 cuidadosamente las siguientes frases y marque la casilla si se aplica a su caso. Al marcar cualquiera de las siguientes casillas, usted está certificando que, a su leal saber y entender, es elegible para un Período de inscripción. Si más adelante determinamos que esta información es incorrecta, su inscripción puede ser cancelada.

- Soy nuevo en Medicare.
- Estoy inscrito en un plan Medicare Advantage y quisiera cambiarme durante el período abierto de inscripción de Medicare Advantage (MA OEP).
- Hace poco me mudé fuera del área de servicio de mi plan actual o hace poco me mudé y este plan es una nueva opción para mí.
Me mudé el: / /
- Hace poco fui liberado de prisión. Fui liberado el: / /
- Hace poco volví a Estados Unidos después de vivir en forma permanente fuera de Estados Unidos.
Volví a Estados Unidos el: / /
- Hace poco obtuve un estado de presencia legal en Estados Unidos. Obtuve el estado el: / /
- Hace poco hubo un cambio en mi cobertura de Medicaid (obtuve Medicaid por primera vez, hubo un cambio en el nivel de asistencia de Medicaid o perdí la cobertura de Medicaid) el: / /
- Hace poco hubo un cambio en la Ayuda adicional que recibo para pagar la cobertura de Medicare para medicamentos con receta (obtuve la Ayuda adicional por primera vez, hubo un cambio en el nivel de Ayuda adicional o perdí la Ayuda adicional) el:
 / /
- Tengo Medicare y Medicaid (o mi estado me ayuda a pagar las primas de Medicare) o tengo Ayuda adicional para pagar la cobertura de Medicare para medicamentos con receta, pero no hubo ningún cambio.
- Me estoy mudando a un centro de atención médica a largo plazo (por ejemplo, un centro de convalecencia o centro de atención médica a largo plazo), vivo en este centro o hace poco me fui de este centro. Me mudé/
me mudaré/me fui del centro el: / /
- Hace poco abandoné un programa PACE el: / /
- Hace poco e involuntariamente, perdí mi cobertura para medicamentos con receta acreditable (cobertura tan buena como la de Medicare).
Perdí mi cobertura para medicamentos el: / /
- Abandonaré mi cobertura del empleador o sindicato el: / /
- Soy parte de un programa de asistencia farmacológica brindado por mi estado.
- Mi plan finaliza su contrato con Medicare, o Medicare finaliza 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:
 / /
- Estuve inscrito en un Plan de necesidades especiales (SNP) pero perdí las calificaciones de necesidades especiales que se necesitan para ese plan. Mi inscripción en el SNP fue cancelada el: / /
- Resulté afectado por una emergencia climática o un gran desastre (según lo indicado por la Agencia Federal para el Manejo de Emergencias [FEMA]). Una de estas frases se aplicaba a mi caso, pero no me pude inscribir debido al desastre natural.

Si ninguna de estas frases se aplica a su caso, o si no está seguro, comuníquese con SCAN Health Plan al 1-800-559-3500 (TTY: 711).

SOLO PARA USO INTERNO		
NOMBRE DEL MIEMBRO DEL PERSONAL/AGENTE/CORREDOR (SI LO ASISTIÓ EN LA INSCRIPCIÓN):		CÓDIGO DE REP.:
FECHA DE VIGENCIA DE LA COBERTURA: <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	Número de ident. del grupo: <input type="text"/>	FECHA DE RECEP.: <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
Idioma hablado preferido de la persona inscrita (si no es inglés):		<input type="checkbox"/> N.º EE DUP CONF

