

Formulario de solicitud de inscripción individual



1

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

Marque en qué plan desea inscribirse:

SCAN Classic (HMO)

- 001 Condado de Ventura \$29 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 \$34 por mes
- 069 Condado de Stanislaus \$0 por mes

SCAN Compass (HMO)

- 074 Condados de Napa y Sonoma \$25 por mes

SCAN Balance (HMO SNP)

- 034 Condados de Los Angeles y Orange \$0 por mes
- 054 Condados de Napa y Sonoma \$38 por mes
- 070 Condado de Stanislaus \$0 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 \$38 por mes

SCAN Classic II (HMO)

- 064 Condado de Los Angeles \$39 por mes

SCAN Options (HMO)

- 073 Condado de Santa Clara \$0 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 \$32.00 por mes

SCAN Plus (HMO)

- 045 Condados de Los Angeles, Orange, Riverside, San Bernardino, San Francisco y Ventura \$32.00 por mes
- 071 Condado de Stanislaus \$32.00 por mes
- 072 Condado de Santa Clara \$32.00 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: / / Masculino Femenino
M M / D D / A A A A

Número de teléfono particular: () -

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 permiten casillas postales):

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 información en un formato accesible (como audio o letra grande) o en otro idioma que no esté mencionado arriba. El horario es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo. Desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre, el horario es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes. Los mensajes recibidos los días feriados y fuera del horario de atención se responderán en el plazo de un día hábil.

2

Brinde la información del seguro de Medicare

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

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

—O bien—

- Adjunte una copia de su tarjeta de Medicare o de la carta del Seguro social o de la Junta directiva de jubilación de los empleados ferroviarios (RRB).

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

Número de Medicare: _____

Tiene derecho a: _____ Fecha de vigencia: _____

COBERTURA HOSPI-TALARIA (Parte A): / /

COBERTURA MÉDICA (Parte B): / /

Debe tener las Partes A y 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. Será responsable de pagar este monto adicional además de la prima de su plan. El monto se retendrá de su cheque de beneficios del Seguro social o Medicare o la RRB le facturará directamente. **NO** le pague a SCAN Health Plan la IRMAA de la Parte D.

Las personas con ingresos bajos pueden ser elegibles para recibir Ayuda adicional para el pago de 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 reúnan los requisitos no quedarán sujetas a la interrupción en la cobertura ni a una multa por inscripción tardía. Muchas personas son elegibles para estos ahorros y ni siquiera 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. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778. También puede solicitar la Ayuda adicional en línea en www.socialsecurity.gov/prescriptionhelp.

Si reúne los requisitos para la Ayuda adicional con sus costos de 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 todos los meses.

Elija una opción de pago de la prima:

Recibir una factura.

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

Nombre del titular de la cuenta:

Número de enrutamiento del banco:

Número de cuenta bancaria:

Tipo de cuenta: Corriente De ahorros

Tarjeta de crédito/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 mensual de beneficios del Seguro social o 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 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 RRB aceptan su solicitud para la deducción automática, la primera deducción del cheque de beneficios de su Seguro social o la RRB incluirá todas las primas pagaderas desde la fecha de vigencia de su inscripción hasta que comiencen las retenciones. Si el Seguro social o la RRB no aprueban su solicitud para la deducción automática, le enviaremos una factura impresa para que pague 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 registro** 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 identificación de esa cobertura: N.º de grupo para esta cobertura:

3. ¿Es residente en un centro de atención médica a largo plazo, como un centro de convalecencia? Sí No
 Si responde "Sí", proporcione 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", brinde 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. Sí No
 ¿Su médico le ha diagnosticado diabetes?

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

Actualmente, ¿es paciente de este médico? Sí No



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, podremos darlo de baja.

- Soy nuevo en Medicare.
- Estoy inscrito en un plan Medicare Advantage y deseo realizar un cambio durante el Período de inscripción abierta 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 este estado el: / /
- Hace poco hubo un cambio en mi Medicaid (obtuve Medicaid recientemente, cambió mi nivel de asistencia de Medicaid, o perdí Medicaid) el: / /
- Hace poco hubo un cambio en mi Ayuda adicional para pagar la cobertura de Medicare para medicamentos con receta (obtuve Ayuda adicional recientemente, cambió mi nivel de Ayuda adicional, o perdí la Ayuda adicional) el: / /
- Tengo Medicare y Medicaid (o mi estado me ayuda a pagar mis primas de Medicare) o recibo Ayuda adicional para pagar la cobertura de Medicare para medicamentos con receta, pero no ha habido ningún cambio.
- Me estoy mudando, vivo, o me acabo de ir de un centro de atención médica a largo plazo (por ejemplo, un centro de convalecencia o un centro de atención médica a largo plazo). 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 mi estado) y deseo 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 dada de baja el: / /
- Me vi afectado por una emergencia meteorológica o un grave desastre (según declaró la Agencia Federal para el Manejo de Emergencias [FEMA]). Una de las opciones anteriores se aplicaba a mi caso, pero no pude inscribirme a causa del desastre natural.

Si ninguna de estas opciones 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	
NAME OF STAFF MEMBER/AGENT/BROKER (if assisted in enrollment):	NATIONAL PRODUCER NUMBER (NPN):
EFFECTIVE DATE OF COVERAGE: <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	REC'D DATE: <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
Enrollee's preferred spoken language (if other than English):	<input type="checkbox"/> EE DUP CONF#

