

Formulario de solicitud de inscripción individual para el 2021



¿Quién puede usar este formulario?

Las personas que tienen Medicare y desean unirse a un plan Medicare Advantage.

Para unirse a un plan, debe cumplir estos requisitos:

- Ser ciudadano estadounidense o tener presencia legal en los Estados Unidos
- Vivir en el área de servicio del plan

Importante: Para unirse a un plan Medicare Advantage, también debe tener las dos partes siguientes de Medicare:

- Medicare Parte A (seguro hospitalario)
- Medicare Parte B (seguro médico)

¿Cuándo debo usar este formulario?

Puede inscribirse en un plan:

- entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre de cada año (para recibir cobertura a partir del 1 de enero);
- dentro de los 3 meses posteriores a su afiliación inicial a Medicare;
- en ciertas situaciones en las que se le permite unirse a un plan o cambiar de plan.

Visite Medicare.gov para obtener más información acerca de cuándo puede inscribirse en un plan.

¿Qué necesito para completar este formulario?

- Su número de Medicare (el número que figura en su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare)
- Su domicilio permanente y su número de teléfono

Nota: Debe completar todos los puntos de la Sección 1. Los puntos de la Sección 2 son opcionales. Esto significa que no podremos negarle cobertura por el simple hecho de que no los complete.

Recordatorios:

- Si desea unirse a un plan durante el período de inscripción abierta otoñal (15 de octubre al 7 de diciembre), el plan debe recibir el formulario relleno antes del 7 de diciembre.
- El plan le facturará la prima que cobra. Puede optar por que la prima se deduzca automáticamente de su cuenta bancaria o de su beneficio mensual del Seguro social (o de la Junta directiva de jubilación de los empleados ferroviarios).

¿Qué ocurre después?

Envíe el formulario relleno y firmado a la siguiente dirección:

SCAN Health Plan
Attention: Enrollment and Reconciliation
PO BOX 22616
LONG BEACH CA 90801

Una vez que el plan procese su solicitud de inscripción, se pondrá en contacto con usted.

¿Cómo puedo obtener ayuda con el formulario?

Llame SCAN Health Plan al **1-800-559-3500**. Los usuarios de TTY deben llamar al (TTY: 711).

También puede llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

En español: Llame a SCAN Health Plan al 1-800-559-3500 TTY: 711 o a Medicare gratis al 1-800-633-4227 y oprima el 2 para asistencia en español, y un representante estará disponible para asistirlo.

Según la Ley de Simplificación de Trámites Administrativos (PRA) de 1995, ninguna persona está obligada a responder a una recopilación de información a menos que se muestre un número de control válido de la Oficina de Administración y Presupuesto (OMB). El número de control válido de la OMB de esta recopilación de información es 0938-NEW. Se estima que el tiempo promedio requerido para completar esta información es de 20 minutos por respuesta, incluido el tiempo para revisar las instrucciones, buscar los recursos de datos existentes, reunir los datos necesarios, y completar y revisar la recopilación de información. Si tiene comentarios o sugerencias para mejorar este formulario, escriba a la siguiente dirección: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

Y0057_SCAN_12110_2020_C 08192020

R1563 08/20 21F_ENFORMSP



Seleccione el plan al que desee unirse:**SCAN Classic (HMO)**

- 001 Condado de Ventura \$19 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 \$59 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 \$31.50 por mes

SCAN Plus (HMO)

- 045 Condados de Los Angeles, Orange, Riverside, San Bernardino, San Francisco y Ventura \$31.50 por mes
- 071 Condado de Stanislaus \$31.50 por mes
- 072 Condado de Santa Clara \$31.50 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)

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

IMPORTANTE:

No envíe este formulario ni elementos que contengan su información personal (como reclamaciones, pagos, registros médicos, etc.) a la Oficina de aprobación de informes de la PRA. Destruiremos toda la correspondencia que recibamos que no guarde relación con cómo mejorar este formulario o reducir el tiempo necesario para recopilar la información (según se describe en la declaración de la OMB 0938-1378). No se conservarán, analizarán ni reenviarán al plan. Consulte "¿Cuáles son los siguientes pasos?" en esta página para enviar el formulario completado al plan.

OMB n.º 0938-1378 Vencimiento: 7/31/2023



1

Todos los campos de esta página son obligatorios (a menos que estén marcados como opcionales) (cont.)

IMPORTANTE: Lea esta información y firme al pie

- Debo conservar tanto la cobertura hospitalaria (Parte A) como la cobertura médica (Parte B) para permanecer afiliado/a SCAN Health Plan.
- Al inscribirme en este plan Medicare Advantage, reconozco que SCAN Health Plan compartirá mi información con Medicare, quien podrá utilizarla para hacer un seguimiento de mi inscripción, para realizar pagos y para otros fines permitidos por las leyes federales que autorizan la recopilación de esta información (consulte la sección Declaración en el marco de la Ley de privacidad, más abajo).
- Responder este formulario es opcional. No obstante, en caso de no responder, la inscripción en el plan podría verse afectada.
- A mi leal saber y entender, la información de esta solicitud de inscripción es correcta. Comprendo que, si proporciono información falsa de manera intencional en este formulario, se dará de baja mi inscripción en el plan.
- Entiendo que las personas con Medicare no suelen, en general, recibir la cobertura de Medicare cuando están fuera del país, a excepción de cierta cobertura limitada cerca de la frontera de los EE. UU.
- Entiendo que, cuando comience la cobertura de SCAN Health Plan, deberé obtener todos mis beneficios médicos y de medicamentos con receta de SCAN Health Plan. Estarán cubiertos los beneficios y los servicios proporcionados por SCAN Health Plan y otros servicios incluidos en el documento de "Evidencia de cobertura" de SCAN Health Plan (también conocido como contrato del miembro o acuerdo del suscriptor). Ni Medicare ni SCAN Health Plan pagarán los beneficios ni los servicios que no están cubiertos.
- Entiendo que mi firma (o la firma de la persona legalmente autorizada a actuar en mi nombre) en esta solicitud significa que he leído y entiendo su contenido. Si un representante autorizado firma el documento (tal como se describió anteriormente), esta firma certifica:
 - 1) que esta persona está autorizada según la ley del estado a completar esta inscripción y
 - 2) que la documentación de esta autoridad está disponible a pedido de Medicare.

Firma: _____

Fecha de hoy: - -

Si usted es el representante autorizado, firme arriba y complete estos campos:

| | |
|---------------------|-----------------------------------|
| Nombre: | Dirección: |
| Número de teléfono: | Relación con la persona inscrita: |

2

Todos los campos de esta página son opcionales

Responder estas preguntas es opcional. No podremos negarle cobertura por el simple hecho de que no las responda.

| | |
|--|--|
| Marque una de estas casillas si desea que le enviemos información en un idioma que no sea inglés. <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Chino | |
| Marque una de estas casillas si desea que le enviemos información en un formato accesible. <input type="checkbox"/> Braille <input type="checkbox"/> Letras grandes <input type="checkbox"/> CD de audio Comuníquese con SCAN Health Plan al 1-800-559-3500 (TTY: 711) si necesita recibir información en un formato accesible que no sea ninguno de los anteriores. Nuestro horario de atención 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 usuarios de TTY pueden llamar al TTY 711. | |
| ¿Trabaja? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | ¿Su cónyuge trabaja? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Indique su médico de atención primaria (PCP), su clínica o su centro de salud: | ¿Es paciente de este médico actualmente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Quiero recibir el siguiente material por correo electrónico. <input type="checkbox"/> 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 recibirlos por correo postal de los 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 correo electrónico: _____ | |



3

Cómo pagar la prima del plan

Puede pagar la prima mensual del plan —incluida cualquier multa por inscripción tardía que deba o que pueda deber— por correo, con transferencia electrónica de fondos (EFT) o con tarjeta de crédito todos los meses. **También puede optar por que su prima se tome automáticamente de su beneficio del Seguro social o de la Junta directiva de jubilación de los empleados ferroviarios (RRB) todos los meses.**

En caso de que le corresponda pagar una cantidad de ajuste mensual relacionada con los ingresos de la Parte D (IRMAA de la Parte D), deberá pagar esta cantidad adicional además de la prima del plan. La cantidad se deducirá de los beneficios del Seguro social o recibirá una factura de Medicare (o de la RRB). NO pague la IRMAA de la Parte D a SCAN Health Plan.

Si no elige una opción de pago, recibirá una factura todos los meses.

Elija una opción para pagar la prima:

- Recibir una factura.**
- Transferencia electrónica de fondos (EFT) desde su cuenta bancaria todos los meses.** Adjunte un cheque ANULADO o proporcione la siguiente información:

Nombre del titular de la cuenta:

Número de tránsito bancario:

Número de cuenta bancaria:

Tipo de cuenta: Corriente De ahorro

- 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 la siguiente fuente: El Seguro social La RRB

La deducción del Seguro social o la RRB puede tardar hasta dos o más meses en comenzar después de que el Seguro social o la RRB aprueben 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 de su cheque de beneficios del Seguro social o la RRB incluirá todas las primas vencidas 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.

DECLARACIÓN EN EL MARCO DE LA LEY PRIVACIDAD

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) recopilan información sobre los planes de Medicare para hacer un seguimiento de la inscripción de los beneficiarios en los planes Medicare Advantage (MA) o en los planes para medicamentos con receta, para mejorar la atención y para pagar los beneficios de Medicare. Las Secciones 1851 y 1860D-1 de la Ley del Seguro Social y las secciones 422.50, 422.60, 423.30 y 423.32 del Título 42 del Código de Regulaciones Federales (CFR) autorizan la recopilación de esta información. CMS podrá usar, divulgar e intercambiar datos sobre la inscripción de beneficiarios de Medicare de acuerdo con lo que se indica en el Aviso de sistema de registro (SORN) "Medicare Advantage Prescription Drug (MARx)", correspondiente al sistema n.º 09-70-0588. Responder este formulario es opcional. No obstante, en caso de no responder, la inscripción en el plan podría verse afectada.



Declaración de elegibilidad para un período de inscripción

El período de inscripción anual es desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre. Existen excepciones que le pueden permitir inscribirse en un plan Medicare Advantage fuera de este período. Al marcar cualquiera de las siguientes casillas, usted certifica 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 podría 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 este 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). Esto ocurrió 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). Esto ocurrió 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 de atención integral para las personas de edad avanzada (programa PACE). Esto ocurrió 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 finalizará su contrato con Medicare, o Medicare finalizará 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 dejé de cumplir los requisitos de necesidades especiales de ese plan. Mi inscripción en el SNP fue cancelada el: / /
- Resulté afectado por una emergencia o un gran desastre (declarados como tales por la Agencia Federal para el Manejo de Emergencias [FEMA] o un organismo del gobierno federal, estatal o local). Una de las frases anteriores se aplicaba a mi caso, pero no pude presentar mi solicitud de inscripción debido al desastre.
- Estoy en un plan Medicare Advantage que recientemente fue adquirido por el estado o por el ente regulador territorial debido a problemas financieros.
- Estoy en un plan Medicare Advantage que ha tenido una calificación de menos de 3 estrellas durante los últimos 3 años.

INTERNAL OFFICE USE ONLY

| | | |
|---|---------------|---|
| 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# |
| Emergency Contact (optional): | Phone Number: | Relationship to you: |

