

# FORMULARIO DE SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN INDIVIDUAL PARA EL 2025



## ¿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 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](https://www.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. No podremos negarle cobertura por el simple hecho de que no los complete.

## Recordatorios:

- Si desea inscribirse en un plan durante el período de inscripción abierta de otoño (del 15 de octubre al 7 de diciembre), el plan debe recibir el formulario completado antes del 7 de diciembre.
- Su plan le enviará una factura por la prima del plan. 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 completado 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 a SCAN Health Plan al **1-800-559-3500**, los usuarios de TTY pueden llamar al 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 8 para asistencia en español y un/a representante estará disponible para asistirle.

## Personas sin hogar

Si desea inscribirse en un plan, pero no tiene residencia permanente, puede indicar un apartado postal, la dirección de un refugio o de una clínica, o la dirección donde recibe el correo (por ejemplo, cheques del Seguro Social) como su dirección de residencia permanente.

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 para esta recopilación de información es 0938-1378. 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 sobre la precisión de los cálculos de tiempo 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. OMB No. 0938-1378 Expires: 6/30/2026



**1**

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

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

- 092 Condado de Los Angeles \$0 al mes
- 092 Condado de Orange \$0 al mes
- 092 Condado de Riverside \$0 al mes
- 096 Condado de San Diego \$0 al mes
- 107 Condado de San Francisco \$0 al mes

**SCAN Allied (HMO)**

- 118 San Francisco \$0 al mes
- 122 San Mateo \$0 al mes
- 123 Condado de Los Angeles \$0 al mes

**SCAN Alta (HMO)**

- 082 Condado de San Diego \$0 al mes

**SCAN Classic (HMO)**

- 001 Condado de Ventura \$0 al mes
- 005 Condado de San Diego \$0 al mes
- 006 Condado de Los Angeles \$0 al mes
- 007 Condado de Orange \$0 al mes
- 008 Condado de Riverside \$0 al mes
- 009 Condado de San Bernardino \$0 al mes
- 019 Condado de San Francisco \$0 al mes
- 069 Condados de Santa Clara y Stanislaus \$0 al mes
- 075 Condados de Alameda y San Mateo \$0 al mes
- 101 Condados de Fresno y Madera \$0 al mes

**SCAN Inspired (HMO)**

- 100 Condados de Los Angeles y Orange \$25 al mes

**SCAN MyChoice (HMO)**

- 108 Condados de Los Angeles, Orange, Riverside y San Bernardino \$0 al mes
- 109 Condado de San Diego \$0 al mes
- 110 Condados de Alameda y San Mateo \$0 al mes
- 119 Condados de Fresno y Madera \$0 al mes
- 120 Condados de Santa Clara y Stanislaus \$0 al mes
- 121 Condado de San Francisco \$0 al mes

**SCAN Prime (HMO)**

- 065 Condados de Los Angeles, Orange y San Bernardino \$22 al mes

**SCAN Strive (HMO C-SNP)**

- 097 Condados de Los Angeles, Orange, Riverside, San Bernardino, San Diego y Ventura \$25.70 al mes
- 098 Condados de Alameda, Fresno, Madera, Santa Clara, San Francisco, San Mateo y Stanislaus \$25.90 al mes

**SCAN Venture (HMO)**

- 084 Condados de Los Angeles y Orange \$0 al mes
- 085 Condados de Riverside y San Bernardino \$0 al mes

**SCAN Balance (HMO C-SNP)**

- 034 Condados de Los Angeles y Orange \$0 al mes
- 070 Condados de Santa Clara y Stanislaus \$0 al mes
- 076 Condados de Alameda y San Mateo \$0 al mes
- 102 Condados de Fresno y Madera \$0 al mes
- 104 Condados de Riverside y San Bernardino \$0 al mes
- 105 Condado de San Diego \$0 al mes
- 106 Condado de San Francisco \$0 al mes

**SCAN Embrace (HMO I-SNP)**

- 086 Condado de Los Angeles \$0 al mes
- 087 Condado de Orange \$0 al mes

**SCAN Embrace (HMO-POS-I-SNP)**

- 091 Condado de San Bernardino \$0 al 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 conservará, analizará ni reenviará al plan. Consulte "¿Qué ocurre después?" en la página anterior para enviar el formulario completado al plan.





**1**

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

**Complete esta sección solo si se inscribirá en un plan SCAN Embrace.**

¿Es residente en un centro de atención médica a largo plazo, como un centro de convalecencia?  Sí  No

Nombre de la institución: \_\_\_\_\_

Dirección de la institución: (calle y número) \_\_\_\_\_

Número de teléfono de la institución: (    )    -

Fecha de admisión:   /   /

Me estoy mudando o vivo actualmente en una comunidad de vida asistida durante 90 días o más (por ejemplo, un centro de convalecencia, un hogar para personas mayores o un centro de atención médica a largo plazo). Me mudé/mudaré al centro el día

/   /

**IMPORTANTE: Lea esta información y firme a continuación:**

- 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. Sin embargo, no responder podría afectar mi inscripción en el plan.
- Entiendo que solo puedo estar inscrito en un plan MA a la vez, y que la inscripción en este plan finalizará automáticamente mi inscripción en otro plan MA (se aplican excepciones para los planes MA PFFS y MA MSA).
- 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.
- 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 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 sección son opcionales.

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

¿Su origen es hispano, latino o español? Elija todas las opciones que correspondan.

- No, no tengo origen hispano, latino ni español
- Sí, soy de México o tengo origen mexicano o chicano
- Sí, soy de Puerto Rico

- Sí, soy de Cuba
- Sí, tengo otro origen hispano, latino o español
- Prefiero no responder.**



<p>¿Cuál es su raza? Elija todas las opciones que correspondan.</p> <input type="checkbox"/> Indoamericana o nativa de Alaska <input type="checkbox"/> Indoasiática <input type="checkbox"/> Negra o afroamericana <input type="checkbox"/> China <input type="checkbox"/> Camboyana <input type="checkbox"/> Guameña o chamorra <input type="checkbox"/> Japonesa <input type="checkbox"/> Filipina <input type="checkbox"/> Nativa de Hawái <input type="checkbox"/> Otra raza asiática <input type="checkbox"/> Coreana <input type="checkbox"/> Samoana <input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Otra raza isleña del Pacífico <input type="checkbox"/> Mestiza <input type="checkbox"/> Prefiero no responder. <input type="checkbox"/> Blanca <input type="checkbox"/> No lo sé		
<b>Suscripción al correo electrónico:</b>		Dirección de correo electrónico: _____
<p>Quiero recibir el siguiente material por correo electrónico:</p> <input type="checkbox"/> Al proporcionar mi dirección de correo electrónico, acepto recibir el material de SCAN en línea en lugar de por correo postal de EE. UU. Entiendo que esto incluye documentos como la Explicación de beneficios (EOB) de la Parte C y de la Parte D, la Notificación anual de cambios (ANOC) y que puedo regresar al correo postal de EE. UU. en cualquier momento.		
<b>Suscripción a los mensajes de texto:</b>	Número de teléfono celular: (    )    -	
<p>* Al proporcionar mi número, acepto recibir mensajes de texto automáticos o de otro tipo de parte de SCAN Health Plan por motivos relacionados con la atención médica, los beneficios o cualquier otro motivo. Dicho consentimiento no es una condición para recibir los servicios y puedo cancelar la inscripción en cualquier momento. Se pueden cobrar tarifas por el uso del servicio de mensajería y de los datos.</p>		
<b>Idioma de preferencia:</b>	<p>Marque una de estas casillas si desea que le enviemos información en un idioma que no sea inglés:</p> <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Chino <input type="checkbox"/> Coreano <input type="checkbox"/> Vietnamita	
	<p>¿Cuál es su idioma preferido para la comunicación oral (en caso de que no sea el inglés)?:</p> <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Cantonés <input type="checkbox"/> Mandarín <input type="checkbox"/> Coreano <input type="checkbox"/> Vietnamita	
<p>Marque una de estas casillas si desea que le enviemos información en un formato accesible: <input type="checkbox"/> Braille    <input type="checkbox"/> Letra grande  <input type="checkbox"/> CD de audio    <input type="checkbox"/> CD de datos</p> <p>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 7 días de la semana, del 1 de octubre al 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 711.</p>		
¿Trabaja? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		¿Su cónyuge/pareja trabaja? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<p>No tengo un/a médico/a de atención primaria preferido/a. Quiero que se me asigne automáticamente un/a médico/a de atención primaria contratado/a por SCAN.    <input type="checkbox"/> Sí    <input type="checkbox"/> No</p>		
Indique su médico/a de atención primaria (PCP), su clínica o su centro de salud: _____		
Número del médico/de la médica de atención primaria: _____ - _____		Número del grupo médico: _____
¿Es paciente de este/a médico/a actualmente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		





## Declaración de elegibilidad para un período de inscripción *(cont.)*

- Hace poco fui liberado/a de prisión. Fui liberado/a el:<sup>(4)</sup>  /  /
- Hace poco volví a Estados Unidos después de vivir de forma permanente fuera de Estados Unidos. Volví a Estados Unidos el:<sup>(5)</sup>  /  /
- Hace poco obtuve un estado de presencia legal en Estados Unidos. Obtuve el estado el:<sup>(6)</sup>  /  /
- 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:<sup>(7)</sup>  /  /
- 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:<sup>(8)</sup>  /  /
- 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.<sup>(9)</sup>
- 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:<sup>(10)</sup>  /  /
- Hace poco abandoné un programa de atención integral para las personas de edad avanzada (programa PACE). Esto ocurrió el:<sup>(11)</sup>  /  /
- Hace poco, y de forma involuntaria, perdí mi cobertura para medicamentos con receta acreditable (una cobertura igual de buena que la de Medicare). Perdí mi cobertura para medicamentos el:<sup>(12)</sup>  /  /
- Abandonaré mi cobertura del empleador o sindicato el:<sup>(13)</sup>  /  /
- Soy parte de un programa de asistencia farmacológica brindado por mi estado.<sup>(14)</sup>
- Mi plan finalizará su contrato con Medicare, o Medicare finalizará su contrato con mi plan.<sup>(15)</sup>
- Estaba inscrito/a en un plan de Medicare (o de mi estado) y quiero elegir un plan diferente. Mi inscripción en ese plan comenzó el:<sup>(16)</sup>  /  /
- Estuve inscrito/a 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 dada de baja el:<sup>(17)</sup>  /  /
- Resulté afectado/a 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.<sup>(18)</sup>
- Estoy en un plan Medicare Advantage que fue puesto en suspensión de pagos o fue adquirido por el estado o por el ente regulador territorial debido a problemas financieros.<sup>(19)</sup>
- Estoy en un plan Medicare Advantage que ha tenido una calificación de menos de 2.5 estrellas en la Parte C o la Parte D durante los últimos 3 años y que ha recibido un ícono de bajo desempeño por parte de los CMS.<sup>(20)</sup>
- Pago una prima por la Parte A y me inscribí en la Parte B durante el Período de inscripción general (del 1 de enero al 31 de marzo de cada año). Quiero inscribirme en un plan de medicamentos de Medicare (Parte D) o en un plan Medicare Advantage con cobertura para medicamentos.<sup>(21)</sup>
- Me inscribí en la Parte A (seguro hospitalario) o la Parte B (seguro médico) durante un Período de inscripción especial para el que califiqué debido a una circunstancia excepcional. Quiero inscribirme en un plan Medicare Advantage (con o sin cobertura para medicamentos).<sup>(22)</sup>

Si ninguna de estas opciones se aplica a su caso, o si no está seguro/a, comuníquese con SCAN Health Plan al 1-800-559-3500 (TTY: 711) para ver si es elegible para inscribirse. Estamos abiertos de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora del Pacífico, los 7 días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo. Del 1 de abril al 30 de septiembre, el horario es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes (los mensajes recibidos en días feriados y fuera del horario de atención se responderán en el plazo de un día hábil).

### 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"/>
<input type="checkbox"/> EE DUP CONF#	

