



Formulario de solicitud de inscripción individual

3800 Kilroy Airport Way, Suite 100
Long Beach, CA 90806

Póngase en contacto con SCAN Health Plan® si necesita información en otro idioma o formato (braille).

1 Para inscribirse en SCAN Health Plan®, proporcione la siguiente información:	
Indique con una marca en qué plan quiere inscribirse:	
SCAN Classic (HMO) <input type="checkbox"/> 006 Condado de Los Ángeles: \$0 por mes <input type="checkbox"/> 007 Condado de Orange: \$0 por mes <input type="checkbox"/> 008 Condado de Riverside: \$0 por mes <input type="checkbox"/> 009 Condado de San Bernardino: \$0 por mes <input type="checkbox"/> 052 Condados de Napa y Sonoma: \$0 por mes	
Scripps Classic ofrecido por SCAN Health Plan (HMO) <input type="checkbox"/> 005 Condado de San Diego: \$0 por mes	SCAN Balance (HMO SNP) <input type="checkbox"/> 034 Condados de Los Ángeles y Orange: \$0 por mes
SCAN Heart First (HMO SNP) <input type="checkbox"/> 028 Condados de Los Ángeles y Orange: \$0 por mes <input type="checkbox"/> 033 Condados de Riverside y San Bernardino: \$0 por mes	SCAN Healthy at Home (HMO SNP) <input type="checkbox"/> 006 Condados de Los Ángeles, Orange, Riverside y San Bernardino: \$0 por mes
SCAN Connections (HMO SNP) <input type="checkbox"/> 010 Condados de Los Ángeles, Riverside y San Bernardino: \$0 por mes	SCAN Connections at Home (HMO SNP) <input type="checkbox"/> 029 Condado de Los Ángeles: \$0 por mes <input type="checkbox"/> 030 Condado de Riverside: \$0 por mes <input type="checkbox"/> 031 Condado de San Bernardino: \$0 por mes



1 Para inscribirse en SCAN Health Plan®, proporcione la siguiente información: (continuación)

Apellido:

Primer nombre:

Inicial del segundo nombre: Sr. Sra. Srta.

Fecha de nacimiento: / / Sexo: Masculino Femenino
 M M D D A A A A

Número de teléfono particular: () -

Dirección de residencia permanente (no se admiten casillas de correo):

Ciudad: Estado: Código postal:

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

Dirección:

Ciudad: Estado: Código postal:

Contacto de emergencia (opcional): _____

Número de teléfono: () -

Relación con usted:

Correo electrónico (opcional):

2 Proporcione la información del seguro de Medicare


Tenga su tarjeta de Medicare a mano para completar esta sección.

- Complete estos espacios en blanco de manera que coincidan con los datos de su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare.

— 0 —

- Adjunte una copia de su tarjeta de Medicare o su carta del Seguro Social o de la Junta de retiro ferroviario (RRB).

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

 MEDICARE HEALTH INSURANCE	
MUESTRA ÚNICAMENTE	
Nombre: <input type="text"/>	
N.º de reclamación de Medicare: <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
Tiene derecho a:	Fecha de vigencia:
COB. HOSPITALARIA (Parte A): <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/>	
COB. MÉDICA (Parte B): <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/>	

3 Cómo pagar la prima del plan

Si determinamos que debe pagar una multa por inscripción tardía (o si tiene actualmente una multa por inscripción tardía), necesitamos saber de qué manera prefiere pagarla. Puede pagarla todos los meses por correo, transferencia electrónica de fondos (EFT), tarjeta de crédito. o débito. También puede pagar la prima todos los meses mediante descuento automático de su cheque de beneficios del Seguro Social o de la Junta de retiro ferroviario (RRB). Si a usted se le adjudica un monto de ajuste mensual relacionado con el ingreso de la Parte D, será notificado por la Administración del Seguro Social. Usted será responsable de pagar este monto adicional, además de la prima de su plan. A usted se le retendrá el monto de su cheque de beneficios del Seguro Social o bien recibirá la factura directamente de Medicare o la RRB. NO pague a SCAN la parte D-IRMAA.



3 | Cómo pagar la prima del plan (continuación)

Es posible que las personas con ingresos limitados reúnan los requisitos para recibir ayuda adicional para pagar los costos de los medicamentos recetados. Si resulta elegible, Medicare podría pagar el 75 % o más de los costos de los medicamentos, incluso las primas mensuales de los medicamentos recetados, los deducibles anuales y el coseguro. Además, las personas que reúnan los requisitos no quedarán sujetas a una interrupción en la cobertura ni a una multa por inscripción tardía. Muchas personas son elegibles para recibir estos beneficios y no lo saben. Para obtener información sobre esta ayuda adicional, póngase en contacto con la oficina local del Seguro Social o bien llame al Seguro Social al 1-800-772-1213. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778. También puede solicitar ayuda adicional en línea en www.socialsecurity.gov/prescriptionhelp.

Si reúne los requisitos para recibir ayuda adicional para pagar los costos de la cobertura de Medicare para medicamentos con receta, Medicare pagará la totalidad o parte de la prima de su plan. Si Medicare paga solamente una parte de la prima, le enviaremos a usted la factura por el monto que Medicare no cubra.

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 ANULADO o proporcione la siguiente información:

Nombre del titular de la cuenta:

Número de enrutamiento del banco:

Número de la cuenta bancaria:

Tipo de cuenta: De cheques De ahorros

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

Nombre del titular de la cuenta como aparece en la tarjeta:

Número de cuenta:

Fecha de vencimiento: / (MM/AAAA) Código de seguridad:

Deducción automática de su cheque de beneficios del Seguro Social o de la Junta de retiro ferroviario (RRB). (La deducción del Seguro Social/de la RRB puede demorarse hasta dos meses o más en comenzar luego de 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 de deducción automática, el primer descuento del cheque de beneficios del Seguro Social o de la RRB incluirá todas las primas adeudadas desde la fecha de vigencia de la inscripción hasta el momento en que comiencen las retenciones. Si el Seguro Social o la RRB no aprueba su solicitud de deducción automática, le enviaremos una factura en papel para sus primas mensuales).

4 | Lea y responda estas preguntas importantes

1. ¿Padece una condición renal en fase terminal (ESRD)?

Si recibió un trasplante de riñón con éxito o ya no necesita diálisis regulares, **adjunte una nota o los registros** del médico que indiquen que usted recibió un trasplante exitoso de riñón o que ya no necesita diálisis; de lo contrario, tal vez sea necesario que nos contactemos con usted para obtener información adicional.

Sí

No

2. Es posible que algunas personas tengan otra cobertura para medicamentos, incluso otro seguro privado, TRICARE, cobertura federal de beneficios de salud para empleados, beneficios para veteranos o programas estatales de asistencia farmacéutica. ¿Tendrá otra cobertura de medicamentos con receta además de SCAN Health Plan?

Sí

No

Si la respuesta es "Sí", mencione la otra cobertura y su número de identificación para esa cobertura:

Nombre de la otra cobertura:

Núm. de identificación para esta cobertura:

N.º de grupo para esta cobertura:



4 | Lea y responda estas preguntas importantes (continuación)

3. ¿Reside en un centro de atención médica a largo plazo, como un centro de convalecencia? Sí No

Si la respuesta es "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 la respuesta es "Sí", proporcione el número de Medicaid:

5. ¿Usted o su cónyuge trabajan? Sí No

6. **Complete solo si se inscribe en Heart First. Si se inscribe en cualquier otro plan, omita esta pregunta.**
¿Le ha diagnosticado su médico alguna de las siguientes afecciones?

Insuficiencia cardíaca congestiva Sí No Enfermedad coronaria arterial Sí No

Arritmia cardíaca Sí No Enfermedad vascular periférica Sí No

Enfermedad tromboembólica venosa crónica Sí No

7. **Complete solo si se inscribe en SCAN Balance. Si se inscribe en cualquier otro plan, omita esta pregunta.**
¿Le ha diagnosticado su médico diabetes? Sí No

Elija el nombre del médico de atención primaria (PCP), clínica o centro de salud:

Marque una de las siguientes casillas si prefiere que le enviemos información en otro idioma que no sea español, o en otro formato:

Idioma: Español Chino

Formato: Tamaño de letra grande CD de audio Formato electrónico (correo electrónico)

Si necesita información en un formato o idioma distinto de los mencionados arriba, póngase en contacto con SCAN llamando al 1-800-559-3500. Nuestro horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.

**5 | Lea esta información importante**

Si, en la actualidad, cuenta con la cobertura de salud de un empleador o sindicato, la inscripción en SCAN Health Plan podría afectar los beneficios de salud que recibe de su empleador o sindicato. Si se inscribe en SCAN Health Plan, podría perder la cobertura de salud provista por su empleador o sindicato. Lea las comunicaciones que le envían su empleador o sindicato. Si tiene alguna pregunta, visite su sitio web o póngase en contacto con la oficina que figura en las comunicaciones que le envían. Si no cuenta con ninguna información sobre con quién contactarse, puede ponerse en contacto con el administrador de beneficios o con la oficina encargada de responder preguntas sobre su cobertura, quienes podrán ayudarle.



6 | Lea y firme a continuación

Al completar esta solicitud de inscripción, acepto lo siguiente:

SCAN Health Plan es un plan Medicare Advantage y ha celebrado un contrato con el gobierno federal. Necesitaré conservar la cobertura de las Partes A y B de Medicare. Solamente puedo tener un plan Medicare Advantage a la vez, y comprendo que la inscripción en este plan cancelará automáticamente mi inscripción en otro plan de salud o de medicamentos recetados de Medicare. Es mi responsabilidad informarle sobre cualquier cobertura de medicamentos con receta que tenga o que pueda tener en el futuro. Generalmente, la inscripción en este plan es para todo el año. Una vez que me inscriba, puedo cancelar mi inscripción al plan o efectuar cambios solo en determinados momentos del año, en los períodos de inscripción disponibles (por ejemplo: del 15 de octubre al 7 de diciembre de cada año) o en determinadas circunstancias especiales.

SCAN Health Plan brinda servicios en un área de servicio específica. Si me mudo fuera del área en la que SCAN Health Plan brinda servicios, debo avisar al plan para que pueda cancelar mi inscripción y buscar un nuevo plan en la nueva área. Una vez que sea miembro de SCAN, tendré derecho a apelar las decisiones que tome el plan respecto de pagos o servicios con las que no esté de acuerdo. Leeré el documento de Evidencia de cobertura de SCAN cuando lo reciba para conocer las normas que debo respetar para obtener cobertura con este plan Medicare Advantage. Comprendo que las personas que tienen Medicare no suelen estar cubiertas por Medicare mientras están fuera del país, salvo por la cobertura limitada cerca de la frontera de los Estados Unidos.

Comprendo que a partir de la fecha en que comienza la cobertura de SCAN, debo recibir toda la atención médica de parte de SCAN, salvo por los servicios médicos de emergencia o urgentemente necesarios, o por los servicios de diálisis fuera del área. 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) estarán cubiertos. Si no se cuenta con autorización, **NI MEDICARE NI SCAN PAGARÁN LOS SERVICIOS.**

Comprendo que, si estoy recibiendo ayuda de un agente de ventas, un corredor u otra persona empleada o contratada por SCAN, esta persona puede recibir un pago en función de mi inscripción en SCAN.

Divulgación de información: al inscribirme en este plan de salud de Medicare, reconozco que SCAN puede divulgar mi información a Medicare y otros planes según sea necesario para cualquier tratamiento, pago o atención médica. También reconozco que SCAN divulgará mi información a Medicare, incluso los datos sobre acontecimientos relacionados con medicamentos recetados, y que Medicare puede divulgarla con fines de investigación o para otros fines que estén de acuerdo con todas las leyes y reglamentaciones federales aplicables. A mi leal saber y entender, la información contenida en esta solicitud de inscripción es correcta. Comprendo que si proporciono información falsa en esta solicitud, en forma intencional, se cancelará mi inscripción en el plan.

Comprendo que mi firma (o la firma de la persona autorizada para actuar en mi nombre en virtud de las leyes del estado en el que vivo) en esta solicitud implica que he leído y comprendo el contenido de esta solicitud. Si una persona autorizada (tal como se describió anteriormente) firma la solicitud, esta firma certifica que 1) esta persona está autorizada por la ley estatal para realizar esta inscripción, y que 2) la documentación de esta autoridad estará disponible en caso de que Medicare la requiera.

Firma: _____ **Fecha de hoy:** / /

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

Nombre:

Dirección:

Número de teléfono: () -

Relación con la persona inscrita:

Y0057_SCAN_8827_2014_SP_CMS Approved 08282014

DECLARACIÓN DE ELEGIBILIDAD PARA UN PERÍODO DE INSCRIPCIÓN

Por lo general, usted puede inscribirse en un plan Medicare Advantage durante el Período de inscripción anual, que va del 15 de octubre al 7 de diciembre de cada año. Existen excepciones que pueden permitirle inscribirse en un plan Medicare Advantage fuera de este período.

Lea detenidamente los siguientes enunciados y marque la casilla del enunciado que se aplique en su caso. Si marca cualquiera de las siguientes casillas, usted certifica que, según su leal saber y entender, usted es elegible para un Período de inscripción. Si más adelante determinamos que esta información es incorrecta, se puede cancelar su inscripción en el plan.

- Soy un miembro nuevo de Medicare.
- 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 (colocar la fecha): / /
- Hace poco volví a los Estados Unidos después de vivir en forma permanente fuera de los EE. UU. Regresé a los EE. UU. el (colocar la fecha): / /
- Tengo Medicare y Medicaid o mi estado me ayuda a pagar las primas de Medicare.
- Recibo ayuda adicional para pagar la cobertura de Medicare para medicamentos con receta.
- Ya no cumplo con los requisitos para recibir ayuda adicional para pagar los medicamentos recetados de Medicare. Dejé de recibir la ayuda adicional el (colocar la fecha): / /
- Me estoy yendo, voy a vivir o vivo en un centro de atención médica a largo plazo (por ejemplo, un centro de convalecencia o centro de atención médica a largo plazo), o hace poco me fui de un centro de este tipo. Me mudé/me mudaré fuera de la institución el (colocar la fecha): / /
- Recientemente salí del programa PACE el (colocar la fecha): / /
- Hace poco y en forma involuntaria, perdí mi cobertura acreditable de medicamentos con receta (una cobertura tan buena como la de Medicare). Perdí la cobertura de mis medicamentos recetados el (colocar la fecha): / /
- Voy a abandonar la cobertura de mi empleador o sindicato el (colocar la fecha): / /
- Participo en un programa de asistencia farmacéutica que ofrece mi estado.
- Mi plan va a terminar su contrato con Medicare, o Medicare va a terminar su contrato con mi plan.
- Estaba inscrito en un Plan de necesidades especiales (SNP), pero ya no cumplo con los requisitos para participar en dicho plan. Me dieron de baja del Plan de necesidades especiales el (colocar la fecha): / /

Si ninguno de estos enunciados se aplica a su caso, o si no está seguro, póngase en contacto con SCAN Health Plan al 1-800-699-7689 (los usuarios de TTY deben llamar 711) para verificar si son elegibles para inscribirse. Estamos disponibles de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana.

ÚNICAMENTE PARA USO OFICIAL

NOMBRE DEL MIEMBRO DEL PERSONAL/AGENTE/CORREDOR (si obtuvo ayuda para la inscripción):					CÓDIGO DE REP.: <input type="text"/>				
FECHA DE VIGENCIA DE LA COBERTURA <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> (MM/DD/AAAA)	ICEP/ IEP: <input type="checkbox"/>	AEP: <input type="checkbox"/>	SEP (TIPO): <input type="checkbox"/>	NO ELEGIBLE: <input type="checkbox"/>	FECHA DE RECEP.: <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>				
MARQUE LAS CASILLAS QUE CORRESPONDAN					<input type="checkbox"/> EE DUP N.º DE CONF. <input type="text"/>				

Información del grupo médico y el PCP complementaria	Número de identificación del médico <input type="text"/>
Nombre del grupo médico <input type="text"/>	Número de identificación del grupo <input type="text"/>
¿Es este el médico actual del futuro miembro? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	



Y0057_SCAN_8827_2014_SP_CMS Approved 08282014