

Instrucciones de la Forma de Inscripción

Para ser elegible a Mercy Care Advantage (HMO SNP), usted debe recibir asistencia médica por medio de Medicaid del Estado de Arizona, tener las Partes A y B de Medicare, y residir en el área de servicio aprobada del Plan.

Las áreas de servicio de nuestro Plan para los siguientes programas de Medicaid incluyen:

AHCCCS Complete Care (ACC)	Condados Gila, Maricopa y Pinal
ALTCS	Condados Gila, Maricopa, Pima y Pinal
Arizona Division of Developmental Disabilities (División de Discapacidades del Desarrollo de Arizona)	Todos los condados del Estado de Arizona

Si usted pierde su elegibilidad a Medicare o Medicaid, se requiere que Mercy Care Advantage dé por terminada su cobertura.

SECCIÓN 1:

- Anote su Nombre (como esté escrito en su Tarjeta de Medicare), Fecha de Nacimiento, Número de Teléfono, y Domicilio de su Residencia Permanente.
- Anote el Domicilio Postal sólo si su correo es entregado a un domicilio distinto.
- Si usted se mudó recientemente al área de servicio de Mercy Care Advantage, por favor provea la fecha de su mudanza.
- Provea la información de su seguro de salud de Medicare que está en su tarjeta de Medicare, o adjunte una copia de su tarjeta de Medicare u otro comprobante de elegibilidad a Medicare.
- Por favor lea y conteste todas las preguntas.
- Provea la información de su seguro de salud de Medicaid que está en su tarjeta de identificación de AHCCCS.
- Lea su acuerdo cuidadosamente; es importante que usted entienda sus derechos y responsabilidades como miembro de Mercy Care Advantage.
- Firme y feche su solicitud.
- Representantes Autorizados: Si usted tiene la autorización legal para firmar a nombre de la persona inscribiéndose, por favor provea su información de contacto en el área indicada. Se recomienda que usted incluya una copia de la documentación legal (ejem.: Carta Poder General Duradera; Custodia Legal; o Tutela) para que nosotros podamos registrar esta información en nuestros sistemas para las interacciones futuras que usted tendrá con nuestro plan a nombre de la persona inscrita.

SECCIÓN 2:

- Por favor lea y conteste todas las preguntas (opcional).
- Anote a su Proveedor de Cuidado Primario (PCP) – refiérase al Directorio de Proveedores/Farmacias de Mercy Care Advantage. Si usted no elige a un PCP, nosotros le asignaremos a uno ubicado cerca de donde usted viva.
- Díganos si usted necesita la información del plan en un idioma que no sea inglés (o en un formato accesible).
- Por favor lea la Declaración del Decreto de Privacidad.
- Por favor lea y complete la sección de Atestación del Período de Elegibilidad para la Inscripción si usted se está inscribiendo fuera del Periodo Anual de Elección de Medicare (AEP por sus siglas en inglés) (Octubre 15 a diciembre 7). Durante el último trimestre del año, el periodo AEP le permite a usted hacer una elección de Plan con una fecha de vigencia del 1º de enero.
- Hay un Periodo Especial de Elección (SEP por sus siglas en inglés) para los Beneficiarios con Elegibilidad Doble que permite un cambio a la inscripción por trimestre de calendario durante los primeros nueve meses del año. Hay otros Periodos Especiales de Elección que pueden ser aplicables a su situación de inscripción.
- Por favor marque la/s casilla/s que le aplique/n a usted. Si nosotros necesitamos información adicional, un representante se comunicará con usted.

Envíe de regreso su forma de Inscripción llena en el sobre Pre-Impreso y con Porte Pagado que se provee ó por fax al 602-431-7499.

Si tiene usted preguntas o si necesita ayuda llenando esta forma, por favor llame al:

602-414-7630 ó al 1-866-571-5781 (TTY al 711)

Lunes a viernes de 8:00 a.m. a 5:00 p.m.