South Country HEALTH ALLIANCE

Local.
Ágil.
Confiable.
Cobertura de salud pensada para usted.

# 2027

## Formulario de inscripción en SeniorCare Complete (HMO D-SNP)

### Servicios para Afiliados de South Country Health Alliance
### Números de teléfono

**1-866-567-7242**
**TTY para personas con discapacidad auditiva al 1-800-627-3529 o 711**

El horario de servicio es:
de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana (de octubre a marzo);
de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes (de abril a septiembre).

La llamada es gratuita.

## Envíe el formulario completo, de la página 1 a la 5, a:

South Country Health Alliance
6380 W. Frontage Rd.
Medford, MN 55049

Fax: 507-431-6328

H2419_7787_C SeniorCare Complete (HMO D-SNP) es un plan de salud que tiene contratos con Medicare y el programa Medical Assistance de Minnesota para brindar los beneficios de ambos programas a los afiliados. La afiliación en SeniorCare Complete depende de la renovación del contrato.

Esta página se ha dejado intencionalmente en blanco

# NO ENGLISH ☎ 1-866-567-7242

# TRS: 711

ATTENTION: If you speak English, free language assistance services are available to you free of charge and without unnecessary delay. Additionally, appropriate auxiliary aids and services to provide information in accessible formats are available free of charge and in a timely manner. Please call the number above or speak to your provider. English

ማሳሰቢያ፡- አማርኛ ተናጋሪ ከሆኑ ፤ ነጻ የቋንቋ ድጋፍ አገልግሎቶች ካለምንም ክፍያ እና ካለአላስፈላጊ መዘግየት ማግኘት ይችላሉ። በተጨማሪም መረጃን በቀላሉ ለማግኘት በሚያስችል ቅርጸት ለማቅረብ ተገቢ የሆኑ የመስማት ድጋፍ እና አገልግሎቶች ከክፍያ ነጻ በሆነ እና ግዜውን በጠበቀ መልኩ ማግኘት ይችላሉ። እባክዎ ከላይ ባለው ቁጥር ይደውሉ ወይም አቅራቢዎን ያነጋግሩ። Amharic

**تنبيه:** نقدم لمتحدثي اللغة العربية خدمات مساعدة لغوية مجانية وفورية، بالإضافة إلى وسائل وخدمات مساعدة مناسبة، وبصيغة معلومات سهلة بدون تكلفة وبشكل سريع. يرجى التواصل على الرقم الموضح أعلاه أو مراجعة مقدم الخدمة المباشرة. Arabic

သတိပြုရန် – အကယ်၍ သင်သည် မြန်မာဘာသာစကား ပြောဆိုသူဖြစ်လျှင် အခမဲ့ ဘာသာစကားဆိုင်ရာ ပံ့ပိုးထောက်ပံ့ပေးမှု ဝန်ဆောင်မှုများအား မလိုအပ်သည့် နှောင့်နှေးကြန့်ကြာမှုများ မရှိစေဘဲ သင် အခမဲ့ ရရှိနိုင်မည် ဖြစ်သည်။ ထို့ပြင် အချက်အလက်များအား အလွယ်တကူ ဝင်ရောက်ရယူနိုင်စေသော ဖောမတ်ပုံစံများဖြင့် ထောက်ပံ့ပေးထားသည့် သက်ဆိုင်ရာ ဖြည့်စွက် ထောက်ပံ့မှုများနှင့် ဝန်ဆောင်မှုများကိုလည်း အခမဲ့၊ အချိန်မ ရရှိနိုင်စေရန် စီမံပေးထားပါသည်။ ကျေးဇူးပြုပြီး အထက်ဖော်ပြပါ ဖုန်းနံပါတ်သို့ ခေါ်ဆိုပါ သို့မဟုတ် သင်၏ ထောက်ပံ့သူဖြင့် ပြောဆိုဆွေးနွေးပါ။ မြန်မာဘာသာစကား Burmese

យកចិត្តទុកដាក់ ប្រសិនបើអ្នកនិយាយភាសាខ្មែរ (ខ្មែរ) សេវាកម្មជំនួយភាសាឥតគិតថ្លៃមានផ្តល់ជូនអ្នកដោយមិនគិតថ្លៃ និងដោយគ្មានការពន្យារពេលមិនចាំបាច់ឡើយ។ លើសពីនេះ ជំនួយ និងសេវាកម្មដែលសមស្របក្នុងការផ្តល់ព័ត៌មានក្នុងទម្រង់ដែលអាចចូលប្រើបានគឺអាចរកបានដោយឥតគិតថ្លៃ និងទាន់ពេលវេលា។ សូមហៅទូរស័ព្ទទៅលេខខាងលើ ឬនិយាយជាមួយអ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នក។ ភាសាខ្មែរ (ខ្មែរ) Cambodian (Khmer)

注意：如果您說簡體中文，您可以免費獲得語言協助服務，且不會有不必要的延誤。此外，還能免費及時獲取以無障礙格式提供資訊的適當輔助工具和服務。請撥打上面的電話號碼，或與您的服務提供商溝通。 Cantonese (Traditional Chinese)

ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'assistance linguistique gratuits sont à votre disposition, sans frais et sans délai. En outre, des aides et services auxiliaires appropriés pouvant fournir des informations dans des formats accessibles sont disponibles gratuitement et rapidement. Veuillez appeler le numéro ci-dessus ou contacter votre fournisseur. French

CEEB TOOM: Yog koj hais lus Hmoob, muaj kev pab txhais lus dawb rau koj siv. Koj tsis tas them nqi thiab yuav tsis qeeb. Kuj muaj cuab yeej thiab kev pab los pab koj nyeem cov ntaub ntawv kom yooj yim nkag siab. Koj hu tau rau tus xov tooj saum toj no lossis nrog koj tus kws kho mob tham. Hmong

**NO ENGLISH** ☎ **1-866-567-7242**

**TRS: 711**

ဟ်သူဉ်ဟ်သး– နမ့်၊ကတိၤကညီကျိာ်အဃိ, နမၤန့်၊ ကျိာ်တၢ်ဆိဉ်ထွဲမၤစၢၤ လၢတလၢ်ဘူဉ်လၢ်စ့ၤ ဒီးတအိဉ်ဒီး တၢ်မၤယံာ်မၤနီၢ်သးဘဉ်နၟဉ်လီၤ. အါန့်အနၟဉ်, တၢ်အိဉ်စ့ၢ်ကီးဒီး တၢ်မၤစၢၤတၢ်နၢ်ဟူဒီး တၢ်မၤစၢၤတၢ်မၤတဖဉ် လၢကဟ့ဉ်တၢ်ဂ့ၢ်တၢ်ကျိၤ လၢပှၤအါဂၤနၢ်ပၢၢ်အီၤသ့ လၢတအိဉ်ဒီးအဘူးအလဲ ဒီးချုးဆၢချုးကတိၢ်နၟဉ်လီၤ. ဝံသးစူၤ ကိးနိဉ်ဂံၢ်လၢထး မ့တမ့်၊ တဲသကိးတၢ်ဒီး ပှၤလၢအဟ့ဉ်နၤတၢ်မၤစၢၤ တက့ၢ်. ကညီကျိာ် Karen

안내: 한국어를 사용하시는 분께는 언어 지원 서비스를 무료로, 지체 없이 제공해 드립니다. 또한, 정보 접근성을 위한 적절한 보조 기구 및 서비스가 무료로, 시의적절하게 제공됩니다. 위에 있는 번호로 전화하시거나 담당자에게 말씀해 주십시오. Korean

ຫມາຍເຫດ: ຖ້າທ່ານເວົ້າພາສາລາວ, ທ່ານຈະໄດ້ຮັບບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າ ແລະ ບໍ່ມີການຊັກຊ້າທີ່ບໍ່ຈຳເປັນ. ນອກຈາກນັ້ນ, ເຄື່ອງມືຊ່ວຍເຫຼືອແລະ ບໍລິການເສີມທີ່ເຫມາະສົມເພື່ອໃຫ້ຂໍ້ມູນໃນຮູບແບບທີ່ເຂົ້າເຖິງໄດ້ໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າໃຊ້ຈ່າຍ ແລະ ທັນເວລາ. ກະລຸນາໂທຫາເບີໂທລະສັບຂ້າງເທິງ ຫຼື ສົນທະນາກັບຜູ້ໃຫ້ບໍລິການຂອງທ່ານ. Lao

HUBADHAA: Yoo Afaan Oromoo dubbattu ta'e, tajaajila gargaarsa turjumaana afaanii biliisaan akkasumas turtii barbaachisaa hin taane hambisu danda'u isiniif dhihaatee jira. Dabalataanis, odeeffannoo haala salphaan argamuu danda'an dhiyeessuuf gargaarsa fi tajaajiloota deeggarsaa qama midhamtootaaf mijatoo ta'an, kaffaltii tokko malee fi yeroo isaa eeggatee kennamu dhihaatee jira. Odeeffanno dabalataaf lakkoofsa armaan oliitti fayyadamuun namoota gargaarsa kana isiniif kennan qunnamaa. Oromo

ВНИМАНИЕ: Если вы разговариваете на русском языке, воспользуйтесь услугами языковой поддержки бесплатно и без лишних проволочек. Также бесплатно и незамедлительно предоставляются соответствующие вспомогательные средства и услуги по обеспечению информацией в доступных форматах. Позвоните по указанному выше номеру или обратитесь к своему поставщику услуг. Russian

FIIRO GAAR AH: Haddii aad ku hadasho Soomaali, waxaa si bilaash ah kuugu diyaar ah adeegyada caawinada luuqadeed oo aan lahayn daahitaan aan munaasib ahayn. Intaas waxaa dheer, waxaa la heli karaa adeegyada iyo kaabitaanka naafada ee haboon si macluumaadka loogu bixiyo qaabab la adeegsan karo oo bilaash ah laguna bixinayo waqqigeeda. Fadlan wac lambarka kore ama la hadal adeegbixiyahaaga. Somali

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición los servicios gratuitos de traducción sin costo alguno y sin demoras innecesarias. Además, se encuentran disponibles de forma gratuita y oportuna ayuda y servicios auxiliares adecuados con el fin de brindarle información en formatos accesibles. Llame al número indicado anteriormente o hable con su proveedor. Spanish

LƯU Ý: Nếu bạn nói tiếng Việt, bạn có thể được hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí mà không phải chờ đợi lâu. Ngoài ra, các thiết bị hỗ trợ và dịch vụ phù hợp để cung cấp thông tin ở định dạng dễ tiếp cận cũng có sẵn miễn phí và kịp thời. Vui lòng gọi số điện thoại phía trên hoặc trao đổi với nhân viên y tế của bạn. Vietnamese

## Aviso de derechos civiles

**La discriminación es ilegal. South Country Health Alliance (South Country)** no discrimina por ninguno de los siguientes motivos:

- raza
- color
- país de origen
- credo
- religión
- orientación sexual
- estado de asistencia pública
- edad
- discapacidad (incluyendo impedimento físico o mental)
- sexo (incluidos los estereotipos sexuales y la identidad de género)
- estado civil
- creencias políticas
- condición médica
- estado de salud
- recibo de servicios de salud
- experiencia en reclamos
- historial médico
- información genética

Usted tiene derecho a presentar una queja por discriminación si cree que South Country lo trató de manera discriminatoria. Puede presentar una queja y pedir ayuda para presentar una queja en persona o por correo, teléfono, fax o correo electrónico a:

Coordinador de Derechos Civiles
South Country Health Alliance
6380 West Frontage Road, Medford, MN 55049
Línea gratuita: 866-567-7242 TTY: 800-627-3529 o 711 Fax: 507-444-7774
Correo electrónico: grievances-appeals@mnscha.org

**Ayuda y servicios auxiliares: South Country** brinda ayuda y servicios auxiliares, como intérpretes calificados o información en formatos accesibles, sin cargo y de manera oportuna para garantizar la igualdad de oportunidades para participar en nuestros programas de atención médica. **Comuníquese** con Servicios para Afiliados en members@mnscha.o llame al 866-567-7242, TTY 800-627-3529 o 711.

**Servicios de asistencia lingüística: South Country** proporciona documentos traducidos e interpretación de idiomas hablados sin cargo y de manera oportuna cuando los servicios de asistencia lingüística sean necesarios para garantizar que las personas cuyo dominio de inglés es limitado tengan un acceso significativo a nuestra información y servicios. **Comuníquese** con Servicios para Afiliados en members@mnscha.o llame al 866-567-7242, TTY 800-627-3529 o 711.

### Quejas relacionadas con los derechos civiles

Usted tiene derecho a presentar una queja por discriminación si cree que South Country lo trató de manera discriminatoria. También puede comunicarse directamente con cualquiera de las siguientes agencias para presentar una queja por discriminación.

**Oficina de Derechos Civiles (OCR, por sus siglas en inglés) del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU.**

Usted tiene derecho a presentar una queja ante la OCR, una agencia federal, si cree que ha sido discriminado por alguno de los siguientes motivos:

- raza
- color
- país de origen
- edad
- discapacidad
- sexo
- religión (en algunos casos)

Comuníquese directamente con la **OCR** para presentar una queja:

Oficina de Derechos Civiles, Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU.
Región del Medio Oeste
233 N. Michigan Avenue, Suite 240 Chicago, IL 60601
Centro de respuesta al cliente: 800-368-1019, TTY: 800-537-7697
Correo electrónico: ocrmail@hhs.gov

**Departamento de Derechos Humanos de Minnesota (MDHR)**

En Minnesota, tiene derecho a presentar una queja ante el MDHR si ha sido discriminado por alguno de los siguientes motivos:

- raza
- color
- país de origen
- religión
- credo
- sexo
- orientación sexual
- estado civil
- estado de asistencia pública
- discapacidad

Comuníquese directamente con el **MDHR** para presentar una queja:

Departamento de Derechos Humanos de Minnesota
540 Fairview Avenue North, Suite 201, St. Paul, MN 55104
651-539-1100 (voz), 800-657-3704 (llamada gratuita), 800-627-3529 o 711 (retransmisión de MN),
651-296-9042 (fax)
Info.MDHR@state.mn.us (correo electrónico)

**Departamento de Servicios Humanos de Minnesota (DHS)**

Usted tiene derecho a presentar una queja ante el DHS si cree que ha sido discriminado en nuestros programas de atención médica debido a cualquiera de los siguientes motivos:

- raza
- color
- país de origen
- religión (en algunos casos)
- edad
- discapacidad (incluyendo impedimento físico o mental)
- sexo (incluidos los estereotipos sexuales y la identidad de género)

Las quejas deben hacerse por escrito y presentarse dentro de los 180 días a partir de la fecha en que descubrió la supuesta discriminación. La queja debe contener su nombre y dirección y describir la discriminación por la que se queja. La revisaremos y le notificaremos por escrito si tenemos autoridad para investigar. Si lo hacemos, investigaremos la queja.

DHS le notificará por escrito el resultado de la investigación. Tiene derecho a apelar si no está de acuerdo con la decisión. Para apelar, debe enviar una solicitud por escrito para que DHS revise el resultado de la investigación. Sea breve y explique por qué no está de acuerdo con la decisión. Incluya información adicional que considere importante.

Si presenta una queja de esta manera, las personas que trabajan para la agencia mencionada en la queja no podrán tomar represalias contra usted. Esto significa que no pueden castigarlo de ninguna manera por presentar una queja. Presentar una queja de esta manera no le impide buscar otras acciones legales o administrativas.

Comuníquese directamente con el **DHS** para presentar una queja por discriminación:

Coordinador de Derechos Civiles
Departamento de Derechos Humanos de Minnesota
División de Igualdad de Oportunidades y Acceso
P.O. Box 64997
St. Paul, MN 55164-0997
4651-431-3040 (voz) o use su servicio de retransmisión preferido

Los indígenas estadounidenses pueden continuar o comenzar a usar las clínicas de los Servicios de salud para indígenas (IHS) y tribales. No necesitaremos aprobación previa ni impondremos ninguna condición para que reciba servicios en estas clínicas. Para las personas mayores de 65 años, esto incluye los servicios de Exención para personas mayores (EW) a los que se accede a través de la tribu. Si un médico u otro proveedor de una clínica tribal o de IHS lo deriva a un proveedor de nuestra red, no le solicitaremos que consulte a su proveedor de atención primaria antes de la derivación.

Nombre del afiliado: _____ Número de afiliado de MHCP: _____

Clear Form

# 2027 Formulario de solicitud de inscripción en SeniorCare Complete (HMO D-SNP)

OFFICE USE ONLY - DATE STAMP AREA - OFFICE USE ONLY - DATE STAMP AREA - OFFICE USE ONLY - DATE STAMP AREA - OFFICE USE ONLY - DATE

Para unirse a SeniorCare Complete, debe tener **Medicare Parte A**, **Medicare Parte B** y **Medical Assistance sin el requisito de usar el ingreso excesivo en gastos médicos**. **También** debe tener 65 años o más **y** vivir en el área de servicio de SeniorCare Complete. Además, debe ser ciudadano estadounidense o residir legalmente en el país.

**Sección 1. Cuéntenos sobre usted:**

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 1 | **Nombre: (primero, segundo, apellido)** | | | |
| 2 | **Fecha de nacimiento: (M M / D D / Y Y Y Y)** M M D D Y Y Y Y | | **Sexo:** ☐ **Femenino** ☐ **Masculino** | |
| 3 | **Número de teléfono:** ( _____ ) _____ - _____ | | **Otro número de teléfono (opcional):** ( _____ ) _____ - _____ | |
| 4 | **Dirección donde vive (no ingrese un apartado postal. Nota: Para las personas sin hogar, un apartado postal puede considerarse su dirección de residencia permanente):** | | | |
| | **Ciudad:** | **Estado:** | **Código postal** | **Condado:** |
| 5 | **Dirección donde recibe el correo (si es diferente a donde vive):** | | | |
| | **Ciudad:** | **Estado:** | **Código postal** | **Condado:** |
| 6 | **¿Vive en un centro de atención a largo plazo?** ☐ **Sí** ☐ **No** Si la respuesta es afirmativa, complete la siguiente información: **Nombre del centro:** **Número de teléfono:** ( _____ ) _____ - _____ | | | |
| 7 | **¿Necesita un intérprete?** ☐ **Sí** ☐ **No** Si la respuesta es afirmativa, marque el idioma a continuación: ☐ 01 Español ☐ 02 Hmong ☐ 03 Vietnamita ☐ 04 Jemer (Camboyano) ☐ 05 Laosiano ☐ 06 Ruso ☐ 07 Somalí ☐ 08 Lenguaje de señas americano (ASL, por sus siglas en inglés) ☐ 09 Amárico ☐ 10 Árabe ☐ 12 Oromo ☐ 14 Birmano ☐ 15 Cantonés ☐ 16 Francés ☐ 20 Coreano ☐ 21 Karen ☐ 98 Otro _____ | | | |
| 8 | **Representante autorizado**: | **Número de teléfono del representante autorizado:** ( _____ ) _____ - _____ | | |

Nombre del afiliado: _____ Número de afiliado de MHCP: _____

**Sección 2. Cuéntenos más sobre usted:**

**No es necesario que responda preguntas ni proporcione datos en esta sección. Es su decisión compartir esta información con nosotros.** No le negaremos la cobertura si no las responde.

| | |
|---|---|
| 9 | **¿Quiere que le enviemos información en un idioma distinto al inglés?** ☐ **Sí** ☐ **No**<br>Si la respuesta es afirmativa, escriba el idioma: _____ |
| 10 | **¿Quiere que le enviemos información en formato accesible?** ☐ **Sí** ☐ **No**<br>Si la respuesta es afirmativa, marque el formato a continuación.<br>☐ Braille ☐ Letra grande ☐ CD de audio ☐ CD de datos<br>Comuníquese con SeniorCare Complete llamando al 1-866-567-7242 si necesita información en un formato accesible distinto a los que se indican arriba. Nuestro horario de atención es los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (de octubre a marzo); de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (de abril a septiembre). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-800-627-3529 o al 711. |
| 11 | **¿Quiere recibir información por correo electrónico?** ☐ **Sí** ☐ **No** Si la respuesta es Sí, proporcione su dirección de correo electrónico a continuación.<br>**Correo electrónico:** _____ |
| 12 | **¿Trabaja?** ☐ **Sí** ☐ **No** **¿Su cónyuge trabaja?** ☐ **Sí** ☐ **No** ☐ No aplica |
| 13 | **Nombre de la clínica o el sistema de atención primaria elegido:** |

**Sección 3. Cuéntenos sobre su cobertura de Medicare y Medical Assistance:**

Complete su información de Medicare y del Programa de Atención Médica de Minnesota (MHCP) a continuación. Puede encontrar información sobre Medicare en su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare o en una carta del Seguro Social o de la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios. Además, incluya su número de miembro del Programa de Atención Médica de Minnesota (MHCP, por sus siglas en inglés) tal como aparece en el frente de su tarjeta. A este también se le conoce como su número de miembro de asistencia médica.

| | | |
|---|---|---|
| 14 | **Número de Medicare:** _____ | **Número de afiliado de MHCP:** _____ |

**Sección 4. Cuéntenos sobre su cobertura médica e incluya su cobertura de medicamentos recetados:**

Algunas personas tienen otro seguro de salud o cobertura de medicamentos a través de seguros privados, TRICARE, empleadores, sindicatos, Asuntos de Veteranos o los programas estatales de asistencia farmacéutica.

| | | |
|---|---|---|
| 15 | **¿Tiene otra cobertura médica?** ☐ **Sí** ☐ **No** Si la respuesta es afirmativa, complete la siguiente información: | |
| 16 | **Nombre de su plan (y empleador, si corresponde):** | **Número de grupo:** |
| | | **Número de póliza o de identificación:** |

Si actualmente tiene cobertura médica de un empleador o un sindicato, usted o sus dependientes podrían perderla cuando se una a SeniorCare Complete. Su empleador o sindicato puede brindarle más información sobre su cobertura. Si tiene preguntas, hable con la persona de su oficina que se encarga de los beneficios.

**Sección 5. Cuéntenos sobre su elegibilidad para la inscripción.**

Lea atentamente los siguientes enunciados y marque la casilla si dicho enunciado se aplica a su caso. **Marque todas las opciones que correspondan**. 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, es posible que cancelemos su inscripción.

- ☐ Estoy presentando mi solicitud durante el período de inscripción anual del plan Medicare Advantage del 15 de octubre al 7 de diciembre y quiero que mi inscripción sea efectiva el 1 de enero.
- ☐ Soy nuevo en Medicare.
- ☐ Tengo Medicare y Medical Assistance (o el estado me ayuda a pagar mis primas de Medicare) o recibo Ayuda Adicional para pagar mi cobertura de medicamentos recetados de Medicare, pero no tuve ningún cambio.
- ☐ Tengo Medicare y recibo todas las prestaciones de Medical Assistance. Quiero inscribirme en un plan o cambiarme a uno que coordine la cobertura entre mis planes de atención médica gestionada de Medicare y de Medical Assistance, que se denomina plan integrado de necesidades especiales para personas con doble elegibilidad (D-SNP).
- ☐ Tuve un cambio en mi plan de Medical Assistance (lo obtuve hace poco o se modificó el nivel) el (fecha) _____.
- ☐ Tuve un cambio en mi plan de Ayuda Adicional para pagar la cobertura de medicamentos recetados de Medicare (lo obtuve hace poco, hubo un cambio en el nivel o dejé de recibirlo) el (fecha) _____.
- ☐ Me estoy mudando a un centro de atención a largo plazo, vivo en uno o recientemente finalicé mi estadía en uno (por ejemplo, un hogar de ancianos). Me mudé o me mudaré al centro o finalizaré mi estadía el (fecha) _____.
- ☐ Me mudé fuera del área de servicio de mi plan actual o me trasladé y tengo acceso a nuevas opciones. Me mudé el (fecha) _____.
- ☐ Dejaré la cobertura del empleador o el sindicato el (fecha) _____.
- ☐ Estoy inscrito en un plan de Medicare Advantage y deseo realizar un cambio durante el período de inscripción abierta de Medicare Advantage Open Enrollment Period (MA OEP, por sus siglas en inglés).
- ☐ Recientemente perdí mi cobertura de medicamentos recetados de forma involuntaria (una cobertura tan buena como la de Medicare). La perdí el (fecha) _____.
- ☐ El contrato de mi plan con Medicare está por finalizar o Medicare está por finalizar su contrato con mi plan.
- ☐ Me inscribí en un plan de Medicare (o del estado) y quiero elegir un plan diferente. Mi inscripción en ese plan comenzó el (fecha) _____.
- ☐ Recientemente salí de prisión. Me liberaron el (fecha) _____.
- ☐ Recientemente regresé a Estados Unidos después de vivir permanentemente en el extranjero. Volví al país el (fecha) _____.
- ☐ Recientemente obtuve la condición de presencia legal en Estados Unidos. La obtuve el (fecha) _____.
- ☐ Me vi afectado por una emergencia climática o por una catástrofe declarada por la Agencia Federal para el Gestión de Emergencias (FEMA, por sus siglas en inglés) o por una entidad gubernamental federal, estatal o local. Uno de los otros enunciados aquí se aplica a mí, pero no pude realizar mi inscripción debido al desastre natural.

Si ninguno de estos enunciados se aplica a usted o no está seguro, comuníquese con SeniorCare Complete llamando al 1-866-567-7242 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-627-3529 o al 711) para averiguar si es elegible para inscribirse. Estamos abiertos los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (de octubre a marzo); de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (de abril a septiembre).

**Declaraciones de información y reconocimiento**

- Mi respuesta a este formulario es voluntaria. Sin embargo, no responder puede afectar la inscripción en el plan.
- Debo conservar la Parte A y la Parte B de Medicare y la asistencia médica para permanecer en SeniorCare Complete.
- Comprendo que solo puedo estar inscrito en un plan MA a la vez y que la inscripción en este plan pondrá fin automáticamente a mi inscripción en otro plan MA (se aplican excepciones para los planes MA PFFS y MA MSA).
- Al unirme a SeniorCare Complete, acepto que el plan comparta mi información con Medicare, que puede usarla para rastrear mi inscripción, realizar pagos y para otros fines permitidos por la ley federal que autorizan la recopilación de esta información (consulte la declaración de la Ley de Privacidad a continuación).
- Comprendo que cuando comience mi cobertura de SeniorCare Complete, debo obtener mis beneficios médicos y de medicamentos recetados de SeniorCare Complete.
- Los beneficios y servicios proporcionados por SeniorCare Complete que se incluyen en el *Manual para Afiliados* están cubiertos. Ni Medicare ni SeniorCare Complete pagarán beneficios o servicios que no estén cubiertos.
- Comprendo que, por lo general, SeniorCare Complete no cubre a las personas mientras están fuera del país, excepto en circunstancias limitadas.
- Puedo elegir dejar SeniorCare Complete en cualquier mes del año. Comprendo que estaré inscrito en SeniorCare Complete hasta el último día del mes. Comprendo que seré inscrito automáticamente en el plan Minnesota Senior Care Plus (MSC+), que cubrirá mis beneficios de asistencia médica. Si lo solicito por escrito, seré inscrito en mi plan MSC+ anterior.
- Si recibo una deducción de gastos médicos mientras estoy inscrito en SeniorCare Complete y no lo pago al estado, seré dado de baja de SeniorCare Complete.
- La información contenida en este formulario de inscripción es correcta según mi leal saber y entender. Comprendo que si proporciono información falsa intencionalmente en este formulario, mi inscripción en el plan será cancelada.
- Comprendo que mi firma (o la firma de mi representante autorizado) en este formulario significa que lo leí y comprendí. La firma de un representante autorizado significa: 1) que está autorizado según la ley estatal para completar esta inscripción, y 2) la documentación de esta autorización está disponible según la soliciten Medicare o Medical Assistance.

Nombre del afiliado: _____ Número de afiliado de MHCP: _____

**Lea la información en la página 4 y firme abajo.**

Al firmar este formulario, esto significa que usted comprende la información que lee.

_____
Nombre del solicitante (en letra de imprenta)

_____ _____
Firma Fecha de hoy

Si es el representante autorizado, **debe firmar arriba** y proporcionar la siguiente información.

_____ _____
Nombre (en letra de imprenta) Relación con el inscrito

_____ _____
Dirección (en letra de imprenta) Número de teléfono

**Solo para personas que ayudan al inscrito a completar este formulario**

Complete esta sección si es una persona (es decir, agente, corredor, asesor de SHIP, familiar o algún otro tercero) que está ayudando a un inscrito a completar este formulario.

Nombre: _____ Relación con el inscrito: _____

Firma: _____ Número de productor nacional (solo agentes o corredores): _____

## Una vez que complete el formulario, envíe las páginas 1 a 5 por correo o fax a South Country Health Alliance Nuestra dirección y número de fax están en la portada.

### DECLARACIÓN DE LA LEY DE PRIVACIDAD

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés) recopilan información de los planes de Medicare para realizar un seguimiento de la inscripción de los beneficiarios en los planes Medicare Advantage (MA), para mejorar la atención y para el pago de los beneficios de Medicare. Las secciones 1851 y 1860D-1 de la Ley del Seguro Social y las secciones 422.50 y 422.60 del título 42 del Código de Regulaciones Federales (CFR, por sus siglas en inglés) autorizan la recopilación de esta información. Los CMS pueden usar, divulgar e intercambiar datos de inscripción de los beneficiarios de Medicare según se especifica en el Aviso del Sistema de Registros (SORN) “Medicamentos Recetados de Medicare Advantage (MARx)”, Sistema n.° 09-70-0588. Su respuesta a este formulario es voluntaria. Sin embargo, el no responder puede afectar la inscripción en el plan.