FORMULARIO DE SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN INDIVIDUAL PARA 2025

¿Quién puede usar este formulario?

Personas con Medicare que desean inscribirse en SCAN Connections (HMO D-SNP) o SCAN Connections at Home (HMO D-SNP)

Requisitos para unirse a uno de estos planes:

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

Importante: Para unirse a uno de estos planes, también debe tener:

- Medicare Parte A (seguro hospitalario)
- Medicare Parte B (seguro médico)
- Beneficios completos de Medi-Cal

¿Cuándo debo usar este formulario?

Puede inscribirse en un plan:

- entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre de cada año (para 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
- Su número de Medi-Cal (el número que figura en su tarjeta azul y blanca de Medi-Cal)

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.

¿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 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

Y0057_SCAN_21739_2025_M 02272025 2/25 25F-CADSNPFORMSP

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

Seleccione el plan al que desee unirse:

SCAN Connections (HMO D-SNP)

☐ 001 Condados de Los Angeles, Riverside, San Bernardino y San Diego $0 al mes

SCAN Connections at Home (HMO D-SNP)

☐ 002 Condados de Los Angeles, Riverside, San Bernardino y San Diego $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.)*

Apellido:

Nombre: Inicial del segundo nombre (opcional)

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

Número de teléfono: ( ) -

Dirección de residencia permanente (No introduzca un apartado postal. Nota: Para las personas sin hogar, un apartado postal puede considerarse su dirección de residencia permanente):

Ciudad: Estado: Código postal:

Dirección postal, si no coincide con la dirección permanente (se admiten apartados postales):

Dirección:

Ciudad: Estado: Código postal:

Contacto de emergencia: (opcional)

Número de teléfono: ( ) -

Relación: _____

Su información de Medicare:

Número de Medicare: - -

Responda estas preguntas importantes:

¿Tendrá otra cobertura para medicamentos con receta (como VA, TRICARE) además de SCAN Health Plan? ☐ Sí ☐ No

Nombre de la otra cobertura: _____

Número de miembro de esta cobertura: _____ Número de grupo de esta cobertura: _____

¿Está inscrito/a en el programa Medi-Cal (Medicaid) de su estado? ☐ Sí ☐ No

Si responde "Sí", indique su número de Medi-Cal (Medicaid):

Fecha de emisión: M M / D D / A A A A

Complete esta sección solo si se inscribirá en un plan SCAN Connections at Home (HMO D-SNP)

¿Ha sido evaluado/a para el nivel de atención facilitada por enfermería? ☐ Sí ☐ No

¿Actualmente está inscrito en alguno de los siguientes programas?

Exención de alternativas basadas en el hogar y la comunidad (HCBA) (anteriormente denominado Exención NF/AH) ☐ Sí ☐ No

Programa de diversos servicios para personas de edad avanzada (MSSP) ☐ Sí ☐ No

Programa de exención de Medi-Cal para el SIDA ☐ Sí ☐ No

Exención de vida asistida ☐ Sí ☐ No

Servicios de apoyo en el hogar (IHSS) ☐ Sí ☐ No

Según los requisitos estatales, si está inscrito/a en alguno de los programas que se mencionan anteriormente, primero debe darse de baja del programa antes de que pueda inscribir su plan Medi-Cal en SCAN Health Plan.

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

IMPORTANTE: Lea esta información y firme a continuación:

- Sé que debo dar de baja mi plan Medi-Cal de SCAN Health Plan si decido recibir servicios de alguno de los programas mencionados anteriormente.
- 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 Manual para miembros (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.
- Autorizo a mi condado de residencia a divulgar información sobre mi estado de Medi-Cal a SCAN Health Plan y al personal del condado, el estado o el personal federal cuyo trabajo requiera acceso a esta información para determinar o mantener mi elegibilidad para la cobertura de SCAN. Comprendo que no tengo la obligación legal de autorizar esta divulgación, pero que, si no lo hago, dejaré de ser elegible para el plan Medicare/Medi-Cal de SCAN. Entiendo que esta autorización expirará un año después de la fecha de mi firma.
- Si me mudo fuera del área de servicio, deberé notificarle a SCAN para poder darme de baja. El área de servicio de SCAN es la lista de condados aprobados que se proporciona en el Manual para miembros (Evidencia de cobertura).
- 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.
- Si deseo darme de baja de SCAN, puedo llamar y solicitar que me envíen por correo un formulario de terminación de la inscripción. No es necesario que me presente en persona para darme de baja. La terminación de la inscripción puede llevarse a cabo en otros momentos si se dan ciertas circunstancias.
- Por la presente me inscribo en SCAN Health Plan para que SCAN administre mis beneficios de Medi-Cal y, al hacerlo, podré recibir servicios de atención médica a través de SCAN. Entiendo que mi plan Medi-Cal se asignará a SCAN a menos que pierda mi elegibilidad para Medi-Cal o me dé de baja voluntariamente, y que el Departamento de Servicios de Salud puede demorar entre 15 y 45 días para dar de baja oficialmente mi plan Medi-Cal de SCAN Health 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/a representante autorizado/a 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/a, 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**

¿Cuál es su raza? Elija todas las opciones que correspondan.

- ☐ India americana o nativa de Alaska
- ☐ China
- ☐ Japonesa
- ☐ Otra raza asiática
- ☐ Vietnamita
- ☐ **Prefiero no responder**
- ☐ Indoasiática
- ☐ Camboyana
- ☐ Filipina
- ☐ Coreana
- ☐ Otra raza isleña del Pacífico
- ☐ Blanca
- ☐ Negra o afroamericana
- ☐ Guameña o chamorra
- ☐ Nativa de Hawái
- ☐ Samoana
- ☐ Mestiza
- ☐ No lo sé

Suscripción al correo electrónico: Dirección de correo electrónico: _____

Quiero recibir el siguiente material por correo electrónico:

☐ 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.

Suscripción a los mensajes de texto: Número de teléfono celular: ( ) -

* 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.

Idioma de preferencia:

Marque una de estas casillas si desea que le enviemos información en un idioma que no sea inglés:
☐ Español ☐ Chino ☐ Coreano ☐ Vietnamita

¿Cuál es su idioma preferido para la comunicación oral (en caso de que no sea el inglés)?:
☐ Español ☐ Cantonés ☐ Mandarín ☐ Coreano ☐ Vietnamita

Marque una de estas casillas si desea que le enviemos información en un formato accesible:
☐ Braille ☐ Letra grande ☐ CD de audio ☐ CD de datos

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, 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.

¿Trabaja? ☐ Sí ☐ No

¿Su cónyuge/pareja trabaja? ☐ Sí ☐ No

2 Todos los campos de esta sección son opcionales *(cont.)*

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. ☐ Sí ☐ No
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 médico actualmente? ☐ Sí ☐ No	

SOLO PARA PERSONAS QUE AYUDAN A LA PERSONA INSCRITA A COMPLETAR ESTE FORMULARIO	
Complete esta sección si usted es una persona (es decir, agente, corredor/a, asesor/a de SHIP, familiar u otros terceros) que ayuda a una persona inscrita a completar este formulario.	
Nombre:	Relación con la persona inscrita:
Firma:	Número de productor nacional (Solo agentes/corredores):

DECLARACIÓN EN EL MARCO DE LA LEY DE LA PRIVACIDAD
Los centros para 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), para mejorar la atención y para pagar los beneficios de Medicare. La sección 1851 de la Ley del Seguro Social y las secciones 422.50 y 422.60 del Título 42 del Código de Regulaciones Federales (CFR) autorizan la recopilación de esta información. Los CMS podrán 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. Sin embargo, no responder podría afectar mi inscripción en el plan.

Y0057_SCAN_21739_2025_M 02272025

Declaración de elegibilidad para un período de inscripción

Por lo general, puede inscribirse en un plan Medicare Advantage solo durante el período de inscripción anual del 15 de octubre al 7 de diciembre de cada año. Existen excepciones que le pueden permitir inscribirse en un plan Medicare Advantage fuera de este período. Lea cuidadosamente las siguientes frases y marque la casilla si se aplica a su caso. 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 dada de baja.

- ☐ Soy nuevo/a en Medicare.[1]
- ☐ Estoy inscrito/a en un plan Medicare Advantage y quisiera cambiarme durante el período abierto de inscripción de Medicare Advantage (MA OEP).[2]
- ☐ 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:[3] ☐☐ / ☐☐ / ☐☐☐☐
- ☐ Hace poco fui liberado/a de prisión. Fui liberado/a el:[4] ☐☐ / ☐☐ / ☐☐☐☐
- ☐ Hace poco volví a Estados Unidos después de vivir de forma permanente fuera de Estados Unidos. Volví a Estados Unidos el:[5] ☐☐ / ☐☐ / ☐☐☐☐
- ☐ Hace poco obtuve un estado de presencia legal en Estados Unidos. Obtuve el estado el:[6] ☐☐ / ☐☐ / ☐☐☐☐
- ☐ 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:[7] ☐☐ / ☐☐ / ☐☐☐☐

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

- ☐ 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:[8] ☐☐ / ☐☐ / ☐☐☐☐
- ☐ Tengo Medicare y tengo todos los beneficios de Medicaid. Quiero inscribirme o cambiarme a un plan que coordine la cobertura entre mis planes de atención médica administrada de Medicare y Medicaid (denominado Plan integrado de necesidades especiales con doble elegibilidad (D-SNP)).[9]
- ☐ 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:[10] ☐☐ / ☐☐ / ☐☐☐☐
- ☐ Hace poco abandoné un programa de atención integral para las personas de edad avanzada (programa PACE). Esto ocurrió el:[11] ☐☐ / ☐☐ / ☐☐☐☐
- ☐ 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:[12] ☐☐ / ☐☐ / ☐☐☐☐
- ☐ Abandonaré mi cobertura del empleador o sindicato el:[13] ☐☐ / ☐☐ / ☐☐☐☐
- ☐ Soy parte de un programa de asistencia farmacológica brindado por mi estado.[14]
- ☐ Mi plan finalizará su contrato con Medicare, o Medicare finalizará su contrato con mi plan.[15]
- ☐ 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:[16] ☐☐ / ☐☐ / ☐☐☐☐
- ☐ 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:[17] ☐☐ / ☐☐ / ☐☐☐☐
- ☐ 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.[18]
- ☐ Estoy en un plan Medicare Advantage que fue puesto en suspensión de pagos o adquirido por el estado o por el ente regulador territorial debido a problemas financieros.[19]
- ☐ Estoy en un plan Medicare Advantage que ha tenido una calificación de 2.5 estrellas o menos en la Parte C o Parte D durante los últimos 3 años y que ha recibido un ícono de bajo desempeño por parte de los Centros para servicios de Medicare y Medicaid (CMS).[20]
- ☐ 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.[21]
- ☐ 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).[22]

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 saber si reúne los requisitos para inscribirse. Nuestro horario de atención es 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., hora del Pacífico, de lunes a viernes (los mensajes recibidos en días festivos 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: ☐☐ / ☐☐ / ☐☐☐☐	REC'D DATE: ☐☐ / ☐☐ / ☐☐☐☐
☐ EE DUP CONF#	