VERDA
HEALTH PLAN OF ARIZONA

Apartado de correos 105213
Jefferson City, MO 65110
Fax de inscripción: (714) 845-9841

Sección 1 – Todos los campos de esta página son obligatorios (a menos que estén marcados como opcionales).		
Elige el plan en el que deseas inscribirte:		
☐ Plan de atención Verda Noble (HMO) – 001 $0 al mes Condado de Maricopa	☐ Plan de atención crónica Verda Noble (HMO C-SNP)-002 $0 al mes Condado de Maricopa	
Nombre: Apellido: Inicial del segundo nombre:		
Fecha de nacimiento: (MM/DD/AAAA) (__ __ /__ __ / ___ ___ ___ __)	Sexo: ☐ M☐ F	Número de teléfono: ( )
Dirección de residencia permanente (No ingrese un apartado postal. Nota: Para personas sin hogar, El apartado postal puede considerarse su dirección de residencia permanente):		
Ciudad: Estado: Código postal: Condado:		
Dirección postal, si es diferente de su domicilio permanente (se permite apartado de correos): Ciudad: Estado: Código postal:		
Su información de Medicare		
Por favor, tenga a mano su tarjeta Medicare roja, blanca y azul para completar esta sección. •Complete esta información tal como aparece en su tarjeta de Medicare. -O- •Adjunte una copia de su tarjeta de Medicare o su carta de la Seguridad Social o de la Junta de Jubilación Ferroviaria.	Nombre (tal como aparece en su tarjeta de Medicare) _____ Número de Medicare: __ __ __ __- __ __ __- __ __ __ __ HOSPITAL (Parte A): __ __ / __ __ / __ __ __ __ MÉDICO (Parte B): __ __ / __ __ / __ __ __ __ Para unirse a un plan Medicare Advantage, debe tener Medicare Parte A y Parte B.	
Responda a estas preguntas importantes:		
1. ¿Tendrá usted otra cobertura de medicamentos recetados (como VA, TRICARE) además del Plan de Salud Verda de Arizona? ☐Sí ☐No Nombre de la otra cobertura: Número de miembro para esta cobertura: Número de grupo para esta cobertura: _____ _____ _____		
2. ¿Está usted inscrito en el programa Medicaid de su estado? ☐Sí ☐No Si la respuesta es "sí", proporcione la siguiente información: Número de identificación de Medicaid: _____		
3. ¿Padece usted algún trastorno cardiovascular, insuficiencia cardíaca congestiva (ICC) o diabetes?☐Sí ☐No		

*En caso afirmativo, complete el formulario de evaluación de requisitos previos a la inscripción que encontrará al final de este folleto.

Importante: Lea y firme a continuación:

•Debo mantener tanto la cobertura hospitalaria (Parte A) como la cobertura médica (Parte B) para permanecer en Verda Health Plan de Arizona.
•Al unirme a este Plan Medicare Advantage [o Medicare de Medicamentos Recetados], reconozco que Verda Health Plan of Arizona compartirá mi información con Medicare, quien podrá usarla para dar seguimiento a mi inscripción, realizar pagos y para otros fines permitidos por la ley federal que autoriza la recopilación de esta información (véase la Ley de Privacidad).
Declaración a continuación). Su respuesta a este formulario es voluntaria. Sin embargo, no responder puede afectar
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, al comenzar mi cobertura con Verda Health Plan of Arizona, debo obtener todos mis beneficios médicos y de medicamentos recetados de Verda Health Plan of Arizona. Los beneficios y servicios proporcionados por Verda Health Plan of Arizona y que figuran en mi documento de "Evidencia de Cobertura" de Verda Health Plan of Arizona (también conocido como contrato de miembro o acuerdo de suscriptor) estarán cubiertos. Ni Medicare ni Verda Health Plan of Arizona pagarán por beneficios o servicios que no estén cubiertos.
•La información contenida en este formulario de inscripción es correcta, según mi leal saber y entender. Entiendo que si proporciono información falsa intencionadamente en este formulario, seré dado de baja del plan.
•Entiendo que mi firma (o la firma de la persona legalmente autorizada para actuar en mi nombre) en este documento
La solicitud implica que he leído y comprendido el contenido de esta solicitud. Si está firmada por una persona autorizada
Representante (como se describe anteriormente), esta firma certifica que:

1) Esta persona está autorizada por la ley estatal para completar esta inscripción, y
2) La documentación que acredita esta autorización está disponible a solicitud de Medicare.

Firma:	Fecha de hoy:

Si usted es el representante autorizado, firme arriba y complete estos campos:

Nombre: _____ Dirección: _____

Número de teléfono: _____ Parentesco con el inscrito:

_____

Sección 2 – Todos los campos de esta página son opcionales.

Responder a estas preguntas es opcional. No se le puede negar la cobertura por no completarlas.

Seleccione una opción si desea que le enviemos información en un idioma distinto del inglés.

☐ Español

Seleccione una de las opciones siguientes si desea que le enviemos la información en un formato accesible:

☐Braille ☐ Letra grande ☐CD de audio ☐CD de datos

Comuníquese con Verda Health Plan of Arizona al 1-888-256-5123 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) si necesita información en un formato o idioma accesible diferente al mencionado anteriormente. 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, y de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre.

¿Trabajas?☐Sí ☐No	¿Trabaja tu cónyuge? ☐Sí ☐No

Por favor, elija un médico de atención primaria

(PCP)*:_____

Nombre del grupo médico/IPA de PCP:_____ ID de PCP:

_____

¿Ya es usted paciente? ☐Sí ☐No

Quiero recibir los siguientes materiales por correo electrónico. Seleccione uno o más.

☐Evidencia de cobertura ☐ANOC

Dirección de correo electrónico: _____

Pago de las primas de su plan

Puedes pagar tus primas mensuales (incluidas las penalizaciones por inscripción tardía que tengas o debas actualmente) por correo postal cada mes.También puede optar por pagar su prima mediante un débito automático mensual de su prestación del Seguro Social o de la Junta de Jubilación Ferroviaria (RRB)..
Si no selecciona una opción de pago, recibirá una factura cada mes.

Por favor, seleccione una opción de pago premium.

☐Reciba una factura ☐Deducción automática de su cheque mensual de beneficios del Seguro Social o de la Junta de Jubilación Ferroviaria (RRB).

Recibo mis beneficios mensuales de: ☐Seguridad social☐RRD

La deducción del Seguro Social/Junta de Jubilación Ferroviaria puede tardar dos meses o más en comenzar. En la mayoría de los casos, si el Seguro Social/Junta de Jubilación Ferroviaria aprueba su solicitud de deducción automática, la primera deducción de su cheque de beneficios incluirá todas las primas adeudadas desde la fecha de entrada en vigor de su afiliación hasta el momento en que comience la retención. Si el Seguro Social/Junta de Jubilación Ferroviaria no aprueba su solicitud de deducción automática, le enviaremos una factura impresa con sus primas mensuales.

Si debe pagar un Ajuste Mensual Relacionado con los Ingresos (IRMAA) de la Parte D, deberá pagar este monto adicional además de la prima de su plan.Por lo general, el monto se deduce de su beneficio del Seguro Social, o puede recibir una factura de Medicare (o de la RRB). NO pague el IRMAA de la Parte D a Verda Health Plan de Arizona.

Para personas que ayudan al solicitante a completar este formulario únicamente

Complete esta sección si usted es una persona (es decir, agentes, corredores, consejeros de SHIP, miembros de la familia u otros).

terceros) ayudando a un solicitante a completar este formulario.

☐IEP/ICEP ☐AEP☐OEP ☐SEP (tipo) _____

Nombre:_____Relación con el inscrito:_____

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

Fecha de recepción de la solicitud: _____

Fecha de entrada en vigor propuesta:_____(Requerido)

DECLARACIÓN SOBRE LA LEY DE PRIVACIDAD

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) recopilan información de los planes de Medicare para dar seguimiento a la inscripción de los beneficiarios en los planes Medicare Advantage (MA), mejorar la atención y para el pago de los beneficios de Medicare. Las secciones 1851 y 1860D-1 de la Ley de Seguridad Social y las secciones 422.50 y 422.60 del Título 42 del Código de Regulaciones Federales (CFR) autorizan la recopilación de esta información. CMS puede usar, divulgar e intercambiar datos de inscripción de los beneficiarios de Medicare según lo especificado 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, no responder puede afectar la inscripción en el plan.

VERDA
HEALTH PLAN OF ARIZONA

Formulario de coordinación de la atención (Obligatorio para ambos planes)

Formulario de coordinación de la atención

Información para miembros

Nombre completo: _____ Fecha: _____
Último *Primero* *MI*

Fecha de nacimiento: _____ Teléfono: _____

_____

Contacto de emergencia: _____ Teléfono: _____ Relación: _____

Idioma preferido:

☐Inglés ☐Español ☐cantonés ☐coreano ☐mandarín ☐Tagalo ☐vietnamita ☐Otro: _____

Información sobre el médico de atención primaria/grupo médico

Médico de atención primaria con Verda Health Plan de Arizona:
_____

	SÍ	NO **
¿Es este el mismo médico de cabecera que tenía antes de inscribirse en Verda?	☐	☐

Grupo Médico / IPA con Verda Health Plan de Arizona: _____

	SÍ	NO **
¿Se trata del mismo grupo médico/IPA que antes de inscribirse en Verda?	☐	☐

** Si NO, ¿quién es su médico de cabecera actual y/o grupo médico/IPA?
_____

Continuidad de la atención y los servicios

Por favor, infórmenos si tiene alguno de los siguientes problemas que le afecten, y un miembro del Equipo de Coordinación de Atención se pondrá en contacto con usted para ayudarle con la transición de los servicios.

☐Necesidades inmediatas: alimentación, vivienda, acceso a medicamentos asequibles, etc.

☐Fase intermedia del tratamiento: quimioterapia, diálisis, atención médica domiciliaria, etc.

☐Actualmente hospitalizado

☐Cirugía programada para los próximos meses.

☐Equipos médicos duraderos –☐Propio ☐Alquilar **

☐Monitores continuos de glucosa (como Dexcom o FreeStyle Libre)

☐Máquina CPAP ☐Oxígeno ☐Cama de hospital

☐pañales ☐Colchón antiescaras ☐Catéteres

** SiUsted alquila DME,¿Quién es la empresa de DME? Nombre: _____ Teléfono:
_____

Medicamentos

Por favor, proporcione una lista de los medicamentos que requieren autorización previa o que no están incluidos en nuestro formulario. Un miembro del equipo de coordinación de atención se comunicará con usted para ayudarle con la transición a la dispensación de recetas.

Nombre del medicamento: _____ Dosificación: _____

Nombre del medicamento _____ Dosificación: _____

Nombre del medicamento _____ Dosificación: _____

Formulario de evaluación de requisitos previos a la inscripción

LEA ATENTAMENTE (Requerido solo para C-SNP): Para inscribirse en el Plan de Necesidades Especiales para Enfermedades Crónicas de Verda Health Plan of Arizona, debemos confirmar su diagnóstico de una afección médica que califique. Una vez que complete y envíe este formulario junto con su solicitud de inscripción, quedará inscrito en el Plan C-SNP de Verda Health Plan of Arizona. Intentaremos verificar su(s) afección(es) crónica(s) con su médico durante el primer mes de inscripción. Si no podemos verificar su(s) afección(es) crónica(s), nos veremos obligados a darlo de baja de nuestro Plan de Necesidades Especiales.

Su información

Nombre completo: _____ Fecha: _____

Último *Primero* *MI*

Género: ☐ Masculino ☐ Femenino Fecha de nacimiento: _____

Preguntas sobre enfermedades crónicas:

Si se marca alguna de las siguientes opciones, el solicitante cumple con los requisitos previos.

¿Algún médico le ha dicho alguna vez que padece alguna de las siguientes afecciones?

☐ Diabetes mellitus (nivel alto de azúcar en sangre)

☐ Insuficiencia cardíaca crónica (ICC, líquido en los pulmones)

☐ Trastornos cardiovasculares: debe ser uno de los siguientes:

- Arritmias cardíacas (problemas del ritmo cardíaco)
- Enfermedad de las arterias coronarias (obstrucción de las arterias del corazón, colocación de stents en el corazón)
- Enfermedad vascular periférica (obstrucción de las arterias de las piernas)
- Trastorno tromboembólico venoso crónico (coágulos de sangre en las piernas o los pulmones)

Preguntas adicionales

1. ¿Toma usted algún medicamento para las afecciones mencionadas anteriormente? ☐ Sí ☐ No
2. ¿Está tomando o ha tomado alguna vez metformina o insulina inyectable? ☐ Sí ☐ No

Por favor, marque a continuación todos los medicamentos que toma actualmente o que ha tomado anteriormente:

☐ Metformina	☐ Janumet	☐ Insulina	☐ Lantus	☐ Lasix/Furosemida	☐ Plavix
☐ Gliburida	☐ Jardiance	☐ Humulina	☐ Levemir	☐ Bumex	☐ Xarelto
☐ Glipizida	☐ Tradienta	☐ Novolina	☐ Tresiba	☐ Aldactona	☐ Eliquis
☐ Actos	☐ Trijardy	☐ Novolog	☐ Ozempic	☐ Digoxina	☐ Coumadin
☐ Avandia	☐ Invokana	☐ Humalog	☐ Montejaro	☐ Amiodarona	☐ Nitroglicerina
☐ Farxiga	☐ Invocar a	☐ Toujeo	☐ Trulicidad	☐ Ritmomol	☐ Ranexa

Otros:

☐	☐	☐
☐	☐	☐
☐	☐	☐

REQUERIDO Médico tratante actual

Nombre del proveedor: _____ DIRECCIÓN: _____

Número de teléfono: _____ Número de fax: _____

REQUERIDO Especialista actual (Si no tiene, escriba N/A)

Nombre del especialista: _____ DIRECCIÓN: _____

Número de teléfono: _____ Número de fax: _____

Descargo de responsabilidad y firma

Autorización para la divulgación de información de salud para verificar afecciones crónicas:

Por la presente, autorizo a los proveedores mencionados anteriormente a divulgar mi información médica a Verda Health Plan para verificar que he sido diagnosticado con una afección crónica que me califica para inscribirme en un Plan de Necesidades Especiales de Verda. Esta autorización se aplica a toda la información médica que el proveedor mantiene sobre mi historial clínico relacionado con la(s) afección(es) crónica(s) indicadas anteriormente.

Nota:*La información divulgada en virtud de esta autorización estará protegida por Verda Health Plan de conformidad con las leyes y los requisitos estatales y federales aplicables.*

Inscrito Firma: _____ Fecha: _____