

FORMULÁRIO DE CADASTRO 2025

Quem pode usar este formulário?

Pessoas do MassHealth Standard com mais de 65 anos, com ou sem Medicare (se aplicável)

Para aderir a um plano, você deve:

- Ser cidadão dos Estados Unidos ou estar residindo legalmente nos EUA
- Residir na área de abrangência do plano

IMPORTANTE

Para aderir a um Plano Medicare Advantage, você também deve ter:

- Medicare Parte A (seguro hospitalar)
- Medicare Parte B (seguro médico)

Quando devo usar este formulário?

Você pode aderir a um plano:

- Entre 15 de outubro e 7 de dezembro de cada ano (para cobertura a partir de 1.º de janeiro)
- Dentro de 3 meses após depois do primeiro cadastramento no Medicare
- Em certas situações em que você tem permissão para aderir ou trocar de plano

Acesse [Medicare.gov](https://www.Medicare.gov) para saber mais sobre quando você pode se cadastrar em um plano.

O que preciso para preencher este formulário?

- Seu número MassHealth e seu número Medicare (o número no seu cartão Medicare vermelho, branco e azul), se aplicável
- Seu endereço e número de telefone permanentes

OBSERVAÇÃO

Você deve preencher todos os itens da Seção 1. Os itens da Seção 2 são opcionais — você não pode ter a cobertura negada por não preenchê-los.

Lembretes

- Se você quiser aderir a um plano durante a abertura para cadastramento no segundo semestre (de 15 de outubro a 7 de dezembro), o plano deverá receber seu formulário preenchido até 7 de dezembro.
- Prêmio de \$ 0¹

Etapas seguintes

Envie seu formulário preenchido e assinado para:

Commonwealth Care Alliance, Inc.
30 Winter Street
Boston, MA 02108

Assim que sua solicitação de adesão for processada, entrarão em contato com você.

Como obtenho ajuda com este formulário?

Ligue para a CCA Senior Care Options (HMO D-SNP) no número +1-855-210-1790. Usuários de TTY podem ligar para 711.

Ou ligue para o Medicare em +1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Usuários de TTY podem ligar para +1-877-486-2048.

En español: Llame a CCA Senior Care Options al 855-210-1790 (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.

Pessoas sem teto

Se você quiser aderir a um plano, mas não tiver residência permanente, uma caixa postal, endereço de abrigo ou clínica ou endereço onde você receba correspondências (por exemplo, cheques da previdência social) pode ser considerados seu endereço de residência permanente.

¹Você deve continuar pagando seu prêmio do Medicare Parte B, a menos que esteja sendo pago em seu nome pelo MassHealth. De acordo com a Paperwork Reduction Act (Lei de Redução de Documentação) de 1995, nenhuma pessoa é obrigada a responder a uma coleta de informações, a menos que essa coleta exiba um número de controle OMB válido. O número de controle OMB válido desta coleta de informações é 0938-1378. O tempo necessário para preencher essas informações é estimado em uma média de 20 minutos por resposta, incluindo o tempo para revisar instruções, pesquisar recursos de dados existentes, reunir os dados necessários e concluir e revisar a coleta de informações. Caso tenha alguma dúvida sobre a precisão das estimativas de tempo ou sugestões para melhorar este formulário, escreva para: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

IMPORTANTE

Não envie este formulário nem nenhum outro item com informações pessoais suas (como reivindicações, pagamentos, registros médicos etc.) para o PRA Reports Clearance Office. Todos os itens que recebermos que não sejam sobre como melhorar este formulário ou o Çonus da coleta (descritos no OMB 0938-1378) serão destruídos. Não serão mantidos, revisados nem encaminhados ao plano. Veja “Etapas seguintes” nesta página para enviar seu formulário preenchido para o plano.

Opções de cuidados para idosos da MassHealth (SCO) e Formulário de cadastro no Medicare Advantage

Seção 1: Todos os campos nesta seção são obrigatórios (a menos que sejam marcados como opcionais)

- Opções de cuidados para idosos da CCA (HMO D-SNP) US\$ 0 por mês
- Opções de cuidados para idosos da CCA (somente MassHealth) US\$ 0 por mês

Este formulário é para pessoas que têm benefícios MassHealth Standard e Medicare Partes A e B e optam por se inscrever no Programa CCA Health SCO

Informações sobre o MassHealth Standard (Medicaid)

Você está cadastrado no MassHealth?: Sim Não

Escreva seu número MassHealth ou anexe uma cópia do seu cartão MassHealth. Seu número MassHealth é o número de 12 dígitos abaixo do seu nome.

Número MassHealth

Você deve ter 65 anos ou mais, ter os benefícios do MassHealth Standard, residir na área de cobertura do plano, não estar em um hospital de cuidados prolongados e não ter nenhum outro seguro de saúde abrangente para se inscrever em uma organização de cuidados para idosos. Para se candidatar ao MassHealth, ligue para +1-800-841-2900 (TTY: +1-800-497-4648 para pessoas surdas, com deficiência auditiva ou de fala). Se precisar de ajuda, entre em contato com a CCA pelo telefone +1-888-537-5816 (TTY: 711) 7 dias por semana, das 8h às 20h (de 1.º de abril a 30 de setembro: de segunda a sexta, das 8h às 20h)

Informações sobre você (digite ou escreva em letra de forma em tinta preta ou azul)

Último nome	Primeiro nome	Inicial do nome do meio
Data de nascimento	Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino	
Número de telefone residencial () -	Número de telefone celular () -	
Nome da instalação para cuidados prolongados (se aplicável)		

Endereço residencial permanente (não uma caixa postal). Observação: para pessoas sem teto, uma caixa postal pode ser considerada seu endereço de residência permanente.)

Cidade	País	Estado	CEP
--------	------	--------	-----

Suas informações do Medicare:

Número Medicare _ _ _ _ - _ _ _ - _ _ _ _

Nome do candidato _____

Endereço para correspondência **(Somente se for diferente do acima. Você pode indicar uma caixa postal.)**

Cidade	Estado	CEP
--------	--------	-----

Endereço de e-mail (opcional)

Você terá outra cobertura para medicamentos prescritos além do CCA Senior Care Options and MassHealth (Medicaid)?

Sim Não

(Exemplos: outros seguros privados, TRICARE, cobertura de benefícios de saúde para funcionários federais, benefícios VA ou programas estaduais.)

Se você respondeu “sim”, qual é o nome do outro seguro?

Nome do outro seguro

Número de associado	Número do grupo
Número de identificação de banco de processamento de receitas (Rx BIN)	Número de Controle de Processamento de Prescrições (Rx PCN) (opcional)

Leia e assine abaixo

Ao preencher este requerimento de cadastramento, concordo com o seguinte:

O Commonwealth Care Alliance Senior Care Options (HMO D-SNP) é um plano Medicare Advantage e tem contrato com o governo federal. O Programa SCO da Commonwealth Care Alliance também tem um contrato com a Commonwealth of Massachusetts/MassHealth. Precisaré manter meu MassHealth Standard e minhas Partes A e B do Medicare. Posso participar de apenas um plano Medicare Advantage por vez e entendo que minha inscrição neste plano encerrará automaticamente minha inscrição em outro plano de saúde Medicare ou plano de medicamentos prescritos. É minha responsabilidade informar sobre qualquer cobertura de medicamentos prescritos que eu tenha ou possa obter no futuro. Como tenho o MassHealth, posso sair do Programa SCO da Commonwealth Care Alliance a qualquer momento. Não terei mais a cobertura do Programa SCO da Commonwealth Care Alliance no primeiro dia do mês seguinte ao mês em que solicitar a saída do Programa SCO da Commonwealth Care Alliance. (Exemplo: solicito a saída deste plano em 10 de julho; não terei mais a cobertura deste plano em 1.º de agosto.)

O Programa SCO da Commonwealth Care Alliance atende uma área de serviço específica. Se eu sair da área atendida pelo Programa SCO da Commonwealth Care Alliance, precisarei notificar o plano para que eu possa cancelar a inscrição e encontrar um novo plano na minha nova área. Depois que me tornar membro do Programa SCO da Commonwealth Care Alliance, terei o direito de apelar das decisões do plano relacionadas a pagamento ou serviços se eu discordar delas. Lerei a Comprovação de Cobertura (Evidence of Coverage) do Programa SCO da Commonwealth Care Alliance quando recebê-la para saber quais regras devo seguir para receber cobertura com este plano Medicare Advantage. Entendo que os beneficiários do Medicare geralmente não são cobertos pelo Medicare enquanto eu estiver fora do país, exceto pela cobertura limitada nas proximidades da fronteira com os EUA.

Entendo que, a partir da data em que a cobertura do Programa SCO da Commonwealth Care Alliance começar, devo receber todos os meus cuidados de saúde do Programa SCO da Commonwealth Care Alliance, com exceção de serviços de emergência ou de necessidade urgente, ou serviços de hemodiálise fora da área. Os serviços autorizados pelo Programa SCO da Commonwealth Care Alliance e outros serviços contidos no meu documento de Comprovação de Cobertura do Programa SCO da Commonwealth Care Alliance (também conhecido como contrato de membro ou acordo de assinante) serão cobertos. Sem autorização, NEM O MEDICARE NEM O PROGRAMA SCO DA COMMONWEALTH CARE ALLIANCE PAGARÃO PELOS SERVIÇOS.

Entendo que, se estiver recebendo assistência de um agente de vendas, corretor ou outro indivíduo empregado ou contratado pelo Programa SCO da Commonwealth Care Alliance, essa pessoa poderá ser remunerada com base na minha inscrição no Programa SCO da Commonwealth Care Alliance.

Nome do candidato _____

Ao aderir a este plano de saúde Medicare, reconheço que o plano de saúde Medicare divulgará minhas informações ao Medicare e a outros planos, conforme necessário para tratamento, pagamento e operações de assistência médica. Também reconheço que o Programa SCO da Commonwealth Care Alliance divulgará minhas informações ao Medicare, que poderá divulgá-las para pesquisas e outros fins que cumpram todos os estatutos e regulamentos federais aplicáveis.

Entendo que minha assinatura (ou a assinatura da pessoa autorizada a agir em nome do indivíduo segundo as leis do estado onde o indivíduo reside) neste requerimento significa que li e entendi o conteúdo deste requerimento. Se a assinatura for feita por um indivíduo autorizado (conforme descrito acima), esta assinatura certifica que: 1) a pessoa está autorizada pela lei estadual a preencher este cadastro; e 2) a documentação desta autoridade está disponível mediante solicitação pelo Programa SCO da Commonwealth Care Alliance ou pelo Medicare.

As informações neste formulário de cadastro estão corretas de acordo com o meu conhecimento. Entendo que se eu fornecer intencionalmente informações falsas neste formulário, meu cadastro no plano será cancelado.

Assinatura do beneficiário/associado/representante autorizado	Data de hoje

**Se você for o representante autorizado, deverá assinar acima e fornecer as seguintes informações:
*NÃO É UM REPRESENTANTE DE VENDAS/CORRETOR**

Último nome	Primeiro nome	
Endereço		
Cidade	Estado	CEP
Número de telefone residencial () -	Relação com o candidato	

Seção 2:

Responder a essas perguntas é uma escolha sua. Você não pode ter a cobertura negada por não preencher os campos a seguir.

Você é de origem hispânica, latina ou espanhola? Selecione todas as opções aplicáveis.

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Não sou de origem hispânica, latina ou espanhola | <input type="checkbox"/> Sim, mexicano, mexicano-americano, chicano |
| <input type="checkbox"/> Sim, porto-riquenho | <input type="checkbox"/> Sim, cubano |
| <input type="checkbox"/> Sim, outra origem hispânica, latina ou espanhola | |
| <input type="checkbox"/> Opto por não responder. | |

Qual é a sua raça? Selecione todas as opções aplicáveis.

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Nativo-americano ou nativo do Alasca | <input type="checkbox"/> Negro ou afro-americano |
| Asiático: | Nativo havaiano e das ilhas do Pacífico: |
| <input type="checkbox"/> Indiano-asiático | <input type="checkbox"/> Guamês ou Chamorro |
| <input type="checkbox"/> Chinês | <input type="checkbox"/> Nativo havaiano |
| <input type="checkbox"/> Filipino | <input type="checkbox"/> Samoano |
| <input type="checkbox"/> Japonês | <input type="checkbox"/> Outro ilhéu do Pacífico |
| <input type="checkbox"/> Coreano | <input type="checkbox"/> Branco |
| <input type="checkbox"/> Vietnamita | <input type="checkbox"/> Opto por não responder. |
| <input type="checkbox"/> Asiático - Outro | |

Nome do candidato _____

Qual é o seu gênero? Selecione um.

- Mulher
 Homem
 Não binário
- Eu uso um termo diferente: _____
 Opto por não responder.

Qual das opções a seguir representa melhor como você se considera? Selecione um.

- Lésbica ou gay
 Hetero, ou seja, não gay nem lésbica
 Bissexual
- Eu uso um termo diferente: _____
 Não sei
 Opto por não responder.

Algumas perguntas para nos ajudar a gerenciar seu plano

Você prefere planejar informações em outro idioma ou em um formato acessível? Sim Não

Em que idioma você prefere receber as informações do seu plano: Inglês Espanhol

Qual formato para acessibilidade? Braille Letras grandes CD de áudio CD de dados

Entre em contato com a CCA Senior Care Options pelo telefone +1-866-610-2273 se precisar de informações em um formato de acessibilidade diferente do listado acima. Nosso horário de atendimento é das 8h às 20h, 7 dias por semana. Usuários de TTY podem ligar para 711.

Você trabalha? Sim Não **Seu cônjuge trabalha?** Sim Não

Você ou seu cônjuge têm outro seguro de saúde que cubra serviços médicos? (Exemplos: outras coberturas de grupos de empregadores, cobertura de incapacidade de longo prazo (LTD), compensação para trabalhadores, responsabilidade civil coberta por seguro automobilístico ou benefícios para veteranos)

Sim Não

Se “sim”, preencha o seguinte:

Nome da empresa do plano de saúde

Número de associado

Informe o nome do seu médico de atenção primária (PCP), clínica ou centro de saúde.

Você pode encontrar uma lista no site do plano ou na lista de provedores de atendimento de saúde.

Nome completo do provedor ou PCP

Qual é o seu relacionamento com o beneficiário?

Selecione uma opção.

- Agente
 Corretor
 Conselheiro do Programa de Assistência ao Seguro de Saúde (SHIP)
- Representante autorizado
 Outros (terceiros)
 O próprio

Nome do candidato _____

Para uso exclusivo do representante de vendas/corretor. Para preenchimento pelo representante de vendas/corretor.

Número de Identificação do Produtor de Seguros Nacional (NPN) do representante de vendas/corretor licenciado	Data de recebimento inicial
Representante de vendas/corretor licenciado	Data proposta para entrada em vigor

Para preenchimento pelo representante/corretor

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> SEP (Período de Inscrição Contínua) (SEP de assistência integrada uma vez por mês para indivíduos com dupla elegibilidade) | <input type="checkbox"/> OEPI (Período de Inscrição Aberta para Pessoa Física) (Reside em uma unidade de cuidados de longa permanência) |
| <input type="checkbox"/> IEP (Período Inicial de Inscrição) (Novo no Medicare) | <input type="checkbox"/> OEPI (Saída de uma unidade de cuidados de tempo prolongado) |
| <input type="checkbox"/> IEP2 (Período Inicial de Inscrição) (Tinha Medicare antes, mas agora está com 65 anos) | <input type="checkbox"/> SEP (Mudança recente no Medicaid) |
| <input type="checkbox"/> ICEP (Período Inicial de Escolha de Cobertura) (teve a Parte A e recentemente se inscreveu para a Parte B) | <input type="checkbox"/> SEP (Alteração recente na ajuda extra para pagamento de receitas) |
| <input type="checkbox"/> AEP (Período de Inscrição Anual) | <input type="checkbox"/> SEP (Saiu da cobertura do empregador) |
| <input type="checkbox"/> OEP (Período de Inscrição Aberta) (Em um Plano Med Adv e deseja alterar; 1.º de janeiro a 31 de março) | <input type="checkbox"/> SEP (Outro _____) |
| <input type="checkbox"/> OEP (Em um Plano Med Adv < 3 meses e deseja alterar; 1.º de abril a 31 de dezembro) | |

Assinatura do representante de vendas/corretor licenciado**Data****Envie o formulário preenchido por correio ou fax para:**

ATTN: Enrollment Department
 30 Winter Street
 Boston, MA 02108

Nome do candidato _____

DECLARAÇÃO DA LEI DE PRIVACIDADE: Os Centros de Serviços Medicare e Medicaid (CMS) coletam informações dos planos Medicare para rastrear a inscrição de beneficiários nos Planos Medicare Advantage (MA), melhorar o atendimento e para o pagamento de benefícios do Medicare. As Seções 1851 e 1860D-1 da Lei de Previdência Social e CFR 42 §§ 422.50 e 422.60 autorizam a coleta dessas informações. Os CMS podem usar, divulgar e trocar dados de cadastramento de beneficiários do Medicare, conforme especificado no Aviso do Sistema de Registros (SORN) “Medicamento de prescrição Medicare Advantage (MARx)”, Sistema nº 09-70-0588. O preenchimento deste formulário é voluntário. No entanto, o não preenchimento pode afetar o cadastramento no plano.

ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 866-610-2273 (TTY 711).