

Formulario de inscripción individual de OneCare (HMO SNP)
 Por favor llame a OneCare si necesita esta información en otro idioma o formato (braille).

Por favor proporcione la siguiente información para inscribirse en OneCare:			
APELLIDO:		NOMBRE:	
		Inicial:	
<input type="checkbox"/> Sr. <input type="checkbox"/> Sra. <input type="checkbox"/> Srta.			
Fecha de nacimiento:	Género:	Teléfono residencial:	Teléfono alternativo:
(MES / DÍA / AÑO)	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		
Dirección de residencia permanente (no se aceptan apartados postales):			
Ciudad:		Estado:	Código postal:
Dirección postal (solo si es diferente que su dirección de residencia permanente):			
Dirección:		Ciudad:	Estado: Código postal:
Contacto de emergencia: _____			
Teléfono: _____		Relación o parentesco: _____	
Correo electrónico (email): _____			
Por favor proporcione la información de su seguro médico de Medicare			
Por favor consulte su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare para llenar esta sección. <ul style="list-style-type: none"> Por favor llene esta sección con la información que aparece en su tarjeta de Medicare - O - Adjunte una copia de su tarjeta de Medicare o su carta de la Administración del Seguro Social o la Junta de Jubilación para Ferroviarios. 		Nombre (como se muestra en su tarjeta de Medicare): _____ Número de Medicare: _____ Es elegible para: Fecha de vigencia: HOSPITAL (Parte A) _____ MÉDICO (Parte B) _____ Debe tener las Partes A y B de Medicare para poder inscribirse en un plan de Medicare Advantage.	

Por favor lea y conteste las siguientes preguntas importantes:

1. ¿Tiene enfermedad renal en fase terminal (ESRD)? Sí No
Si ha tenido un trasplante de riñón exitoso y/o ya no requiere de diálisis, **por favor adjunte una nota o registros** de su médico mostrando que ha tenido un trasplante de riñón exitoso o no requiere diálisis, de lo contrario tendremos que comunicarnos con usted para obtener información adicional.

2. Es posible que algunas personas tengan otra cobertura para medicamentos, incluyendo otro seguro privado tal como TRICARE, cobertura de beneficios de salud para empleados del gobierno federal, beneficios para veteranos o programas estatales de asistencia para obtener medicamentos.

¿Tendrá usted otra cobertura para **medicamentos con receta** aparte de OneCare? Sí No
Si contesta sí, indique la otra cobertura y su(s) número(s) de identificación para tal cobertura:

Nombre de la otra cobertura: N° de identificación de esta cobertura: N° de grupo de esta cobertura:

3. ¿Es residente de un centro de cuidado a largo plazo, como un centro de enfermería? Sí No
Si contesta “sí,” proporcione la siguiente información:

Nombre del establecimiento: _____

Dirección y número de teléfono del establecimiento (número y calle):

4. Está inscrito en el programa estatal de Medi-Cal? Sí No
Si contesta “sí,” proporcione su número de Medi-Cal que se encuentra en su tarjeta de identificación de beneficiario (BIC).

Número BIC: _____

5. ¿Trabajan usted o su cónyuge?
 Sí No

Por favor escoja su médico general y grupo médico.

Nombre del médico
general:

Número de identificación del
médico general:

Nombre del grupo médico:

Favor de marcar una de las casillas a continuación si prefiere que le enviemos información en otro idioma que no sea inglés o en otro formato accesible:

___ Español ___ Vietnamita ___ braille, audio o letra grande

Si necesita información en un formato accesible u otro idioma diferente al escrito anteriormente, llame gratuitamente a OneCare al **1-877-412-2734**, las 24 horas al día, los 7 días de la semana. Usuarios de la línea TDD/TTY pueden llamar al **1-800-735-2929**. Nuestro horario de oficina es de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m.



Por favor lea esta información importante

Si tiene cobertura médica actualmente de un empleador o sindicato, su afiliación en OneCare podría afectar los beneficios de salud que recibe de su empleador o sindicato. Podría perder su cobertura de salud de su empleador o sindicato si se inscribe en OneCare. Lea la información que le manda su empleador o sindicato. Si tiene preguntas, visite la página de Internet de su empleador o sindicato o comuníquese con la oficina que aparece en sus comunicados. Si no hay información sobre con quién comunicarse, el administrador de beneficios de su empleador o sindicato o la oficina que responde preguntas sobre su cobertura le puede ayudar.

Por favor lea y firme a continuación:

Al llenar este formulario de inscripción, yo estoy de acuerdo con lo siguiente:

OneCare es un plan de Medicare Advantage HMO SNP y tiene un contrato con el gobierno federal. Necesitaré tener la Parte A y la Parte B de Medicare y Medi-Cal. Solamente puedo estar inscrito en un Plan de Medicare Advantage a la vez, y entiendo que si estoy inscrito actualmente en un Plan de Medicare Advantage o plan de medicamentos con receta, mi inscripción en este plan cancelará tal cobertura. Es mi responsabilidad de informarle a OneCare sobre cualquier cobertura de Medicare Advantage que tenga o que pueda obtener en el futuro.

OneCare sirve a una cierta área de servicio. Si me mudo fuera del área de servicio de OneCare, necesito informarle a OneCare para poder retirarme del plan y encontrar un plan diferente en mi área nueva. Una vez que sea miembro de OneCare, tengo el derecho de apelar las decisiones del plan sobre los pagos o servicios si no estoy de acuerdo. Yo leeré la Evidencia de Cobertura de OneCare cuando la reciba para saber las normas que debo seguir para poder recibir cobertura en este plan de Medicare Advantage. Entiendo que las personas con Medicare no son normalmente cubiertas bajo Medicare cuando se encuentran fuera del país excepto por cobertura limitada cerca de la frontera de los Estados Unidos.

Entiendo que a partir de la fecha en que comienza mi cobertura de OneCare, debo obtener toda mi atención médica de OneCare, excepto en situaciones de emergencia, cuidado urgente necesario o servicios de diálisis fuera del área de servicio. Los servicios autorizados por OneCare y otros servicios descritos en la Evidencia de Cobertura de OneCare (también conocido como el contrato de miembro o acuerdo del suscriptor) serán cubiertos. Sin la debida autorización, **NI MEDICARE NI ONECARE PAGARÁN POR LOS SERVICIOS.**

Entiendo que si recibo ayuda de un agente de ventas, intermediario o individuo empleado por o contratado con OneCare, esta persona podría ser remunerada por mi inscripción en OneCare.

Permiso para divulgar información:

Al inscribirme en este plan de salud de Medicare Advantage HMO SNP, yo reconozco que OneCare divulgará mi información a Medicare y a otros planes cuando sea necesario por motivos de tratamiento, pagos y procesos relacionados con mi atención médica. También reconozco que OneCare divulgará mi información, incluyendo los datos del uso de mis medicamentos a Medicare, quien puede divulgarla para investigación u otros propósitos que siguen todas las leyes y regulaciones federales que pueden aplicar. La información en este formulario de inscripción es correcta según mi conocimiento. Entiendo que si doy información falsa intencionalmente en este formulario, mi inscripción del plan será cancelada.

Yo entiendo que mi firma (o la firma de la persona autorizada para actuar como mi representante bajo las leyes del Estado donde vivo) en este formulario significa que he leído y entendido el contenido de este formulario. Si se firma por una persona autorizada (como antemencionado), la firma certifica que: 1) esta persona está autorizada bajo la ley Estatal para llenar este formulario y 2) la documentación de esta autorización está disponible al ser solicitada por Medicare.

Firma:	Fecha de hoy:
---------------	----------------------

Si usted es el representante autorizado, necesita firmar arriba y proporcionar la siguiente información:

Nombre: _____

Dirección: _____

Número de teléfono: (____) _____ - _____

Relación o parentesco con el solicitante: _____

Para uso administrativo solamente:

Plan ID #: _____

Effective Date of Coverage: _____ IEP: _____ AEP: _____ SEP (type): _____

Name of Plan Representative/agent/broker: _____

OneCare (HMO SNP) es una organización de Medicare Advantage con un contrato de Medicare y un contrato con el programa de Medi-Cal (Medicaid) en California. La inscripción en OneCare depende de la renovación de los contratos. La información sobre los beneficios es un resumen y no una descripción completa de los beneficios. Llame al plan para más información. Pueden aplicar límites, copagos y restricciones. Los beneficios podrían cambiar a partir del primero de enero de cada año.

OneCare cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. Por favor llame al Departamento de Servicios para Miembros al **1-877-412-2734**, las 24 horas al día, los 7 días de la semana. Usuarios de la línea TDD/TTY pueden llamar al **1-800-735-2929**.

English: ATTENTION: If you speak a language other than English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call **1-877-412-2734** (TTY: **1-800-735-2929**).

Spanish: ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al **1-877-412-2734** (TTY: **1-800-735-2929**).

Chinese: 注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 **1-877-412-2734** (TTY: **1-800-735-2929**)。

Vietnamese: CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số **1-877-412-2734** (TTY: **1-800-735-2929**).

Tagalog: PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa **1-877-412-2734** (TTY: **1-800-735-2929**).

Korean: 주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. **1-877-412-2734** (TTY: **1-800-735-2929**)번으로 전화해 주십시오.

Armenian: ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ՝ Եթե խոսում եք հայերեն, ապա ձեզ անվճար կարող են տրամադրվել լեզվական աջակցության ծառայություններ: Ջանգահարեք **1-877-412-2734** (TTY (հեռատիպ) **1-800-735-2929**):

Farsi:

توجه: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما فراهم می باشد. باشماره **1-877-412-2734** (TTY: **1-800-735-2929**) تماس بگیرید.

Russian: ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните **1-877-412-2734** (телетайп: **1-800-735-2929**).

Japanese: 注意事項：日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。1-877-412-2734 (TTY: 1-800-735-2929)まで、お電話にてご連絡ください。

Arabic:

ملحوظة: إذا كنت تتحدث بلغة أخرى غير الإنجليزية، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوفر لك بالمجان. اتصل علي الرقم **1-877-412-2734** (الهاتف النصي/خط الاتصال لضعاف السمع TTY: **1-800-735-2929**).

Punjabi: ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫਤ ਉਪਲਬਧ ਹੈ। **1-877-412-2734** (TTY: **1-800-735-2929**) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

Cambodian: ប្រយ័ត្ន: បើសិនជាអ្នកនិយាយភាសាខ្មែរ, សេវាជំនួយផ្នែកភាសា ដោយមិនគិតល្អល

គឺអាចមានសំរាប់បំរើអ្នក។ ចូរ ទូរស័ព្ទ **1-877-412-2734** (TTY: **1-800-735-2929**).

Hmong: LUS CEEV: Yog tias koj hais lus Hmoob, cov kev pab txog lus, muaj kev pab dawb rau koj. Hu rau **1-877-412-2734** (TTY: **1-800-735-2929**).

Hindi: ध्यान दें: यदि आप बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। **1-877-412-2734** (TTY: **1-800-735-2929**) पर कॉल करें।

Thai: ระวัง: ถ้าคุณพูดภาษาไทยคุณสามารถใช้บริการช่วยเหลือทางภาษาได้ฟรี โทร **1-877-412-2734** (TTY: **1-800-735-2929**).

Lao: ໂປດຊາບ: ຖ້າວ່າ ທ່ານເວົ້າພາສາ ລາວ, ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ, ໂດຍບໍ່ເສັຽຄ່າ, ແມ່ນມີພ້ອມໃຫ້ທ່ານ. ໂທ 1-877-412-2734 (TTY: 1-800-735-2929).