



Anexo 1: FORMULARIO DE SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN INDIVIDUAL PARA INSCRIBIRSE A UN PLAN DE MEDICARE ADVANTAGE (PARTE C)

¿Quién puede usar este formulario?

Las personas con Medicare que deseen inscribirse a un plan de Medicare Advantage.

Para inscribirse a un plan, debe cumplir con los siguientes requisitos:

- Ser ciudadano estadounidense o residir legalmente en los EE. UU.
- Vivir en el área de servicio del plan.

Importante: para inscribirse a un plan de Medicare Advantage, también debe tener ambas partes:

- Parte A de Medicare (seguro hospitalario)
- Parte B de Medicare (seguro médico)

¿Cuándo utilizo este formulario?

Puede inscribirse a un plan:

- Entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre de cada año (para tener cobertura a partir del 1.º de enero).
- Dentro de los primeros 3 meses de obtener Medicare.
- En determinadas situaciones en las que se le permite inscribirse o cambiar de plan.

Visite [Medicare.gov](https://www.Medicare.gov) para obtener más información sobre cuándo puede inscribirse a 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 dirección permanente y número de teléfono.

Aviso: Debe completar todos los campos que figuran en la Sección 1. Los campos en la Sección 2 son opcionales; no se le puede negar la cobertura si no los completa.

De acuerdo con la Ley de Reducción de Trámites Administrativos (PRA) de 1995, ninguna persona tiene la obligación de responder a una recopilación de información, a menos que presente 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, lo que incluye el tiempo para leer las instrucciones, buscar en las fuentes de datos existentes, recopilar los datos necesarios, y completar y revisar la información recopilada. Si tiene comentarios sobre la precisión del tiempo estimado o sugerencias para mejorar este formulario, escriba a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

IMPORTANTE

No envíe este formulario ni otros documentos con su información personal (como reclamos, pagos, registros médicos, etc.) a la Oficina de Validación de Informes de la PRA. Cualquier documentación recibida que no se refiera a cómo mejorar este formulario o su carga de recopilación (que figuran en la OMB 0938-1378) será destruida. No se conservará, revisará ni enviará al plan. Consulte la sección “¿Qué sucede después?” en esta página para enviar su formulario completo al plan.

Recordatorios:

- Si desea inscribirse a un plan durante la inscripción abierta de otoño (del 15 de octubre al 7 de diciembre), debe presentar su formulario completo antes del 7 de diciembre.

¿Qué sucede después?

Envíe el formulario completo y firmado a:
OneCare (HMO D-SNP)
505 City Parkway West Orange,
CA 92868

Se comunicarán con usted una vez que se procese su solicitud de inscripción.

¿Cómo obtengo ayuda con este formulario?

Llame a OneCare al **1-877-412-2734**. Usuarios de la línea TTY pueden llamar al **711**.

O bien, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Usuarios de la línea TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

En español: llame a OneCare al **1-877-412-2734**. TTY al **711** o a Medicare gratuitamente al 1-800-633-4227 y oprima el 2 para asistencia en español y un representante estará disponible para asistirle.

Personas sin hogar

- Si desea inscribirse en un plan, pero no tiene una residencia permanente, un apartado postal, una dirección de un refugio o clínica, la dirección donde recibe su correo postal (por ejemplo, cheques de seguro social) puede considerarse como su dirección de residencia permanente.



OneCare (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan Formulario de inscripción individual

Sección 1: todos los campos en esta página son obligatorios (a menos que se marquen como opcional)			
Elija el plan al que quiere inscribirse: <input type="checkbox"/> OneCare (HMO D-SNP): \$0 por mes			
NOMBRE:		APELLIDO: [Opcional: inicial del segundo nombre]:	
Fecha de nacimiento: (MM/DD/YYYY [mes/día/año]) (____/____/____)	Sexo: <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	Teléfono:	
Dirección de residencia permanente (no incluya apartado postal):			
Ciudad:	[Opcional: condado]:	Estado:	Código postal:
Dirección de correo postal, si es diferente de su dirección permanente (se acepta apartado postal): Dirección: Ciudad: Estado: Código postal:			
Contacto de emergencia: _____			
Teléfono: _____		Relación con usted: _____	
Su información de Medicare:			
Número de Medicare: - - - - - - - - - - -			
Responda estas preguntas importantes:			
¿Tendrá otra cobertura de medicamentos recetados (como beneficios para veteranos [VA], TRICARE), además de OneCare? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Nombre de la otra cobertura: _____	N.º de miembro para esta cobertura: _____	N.º de grupo para esta cobertura: _____	
¿Está inscrito en el programa de Medicaid (Medi-Cal) de su estado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, proporcione su número de Medicaid de 9 dígitos (N.º de índice del cliente [CIN]): _____			

IMPORTANTE: lea y firme a continuación:

- Debo conservar tanto el seguro hospitalario (Parte A) como el seguro médico (Parte B) de Medicare para permanecer en OneCare.
- Al inscribirme a este plan de Medicare Advantage, reconozco que OneCare compartirá mi información con Medicare, quien puede utilizarla para fines de seguimiento a mi inscripción, realizar pagos y otros fines permitidos por la ley federal que autoriza la recopilación de esta información (consulte la Declaración de la Ley de Privacidad a continuación). Su respuesta a este formulario es voluntaria; sin embargo, la falta de respuesta puede afectar la inscripción al plan.
- Comprendo que solo puedo inscribirme en un plan de Medicare Advantage a la vez, y que la inscripción en este plan terminará automáticamente mi inscripción en otro plan de Medicare Advantage (se aplican excepciones para los planes Medicare Advantage de tarifa privada por servicio [MA PFFS] y de cuenta de ahorro médico [MA MSA]).
- Comprendo que, cuando comience mi cobertura de OneCare, debo obtener todos mis beneficios médicos y de medicamentos recetados de OneCare. Estarán cubiertos los beneficios y servicios prestados por OneCare y enumerados en la “Evidencia de cobertura/Guía para miembros” de OneCare (también conocido como contrato del miembro o acuerdo del suscriptor). Ni Medicare ni OneCare pagarán por los beneficios o servicios que no estén cubiertos.
- A mi leal saber y entender, la información en este formulario de inscripción es correcta. Comprendo que, si brindo información falsa de manera intencional, se cancelará mi inscripción en el plan.
- Comprendo que mi firma (o la firma de la persona legalmente autorizada para actuar en mi nombre) en esta solicitud significa que he leído y comprendo el contenido de la solicitud. Si firma un representante autorizado (como se describe anteriormente), esta firma certifica que:
 - 1) Esta persona está autorizada a completar la inscripción en virtud de la ley estatal.
 - 2) La documentación de esta autorización está disponible al ser solicitada por Medicare.

Firma:	Fecha de hoy:
Si usted es el representante autorizado, firme arriba y complete estos campos:	
Nombre:	Dirección:
Teléfono:	Relación con el solicitante:

Sección 2: todos los campos en esta página son opcionales

Responder a estas preguntas es su elección. No se le puede negar la cobertura si no las completa.

¿Es de origen hispano, latino o español? Seleccione todos los que correspondan.

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> No, no soy de origen hispano, latino o español | <input type="checkbox"/> Sí, mexicano, mexicoamericano, chicano/a |
| <input type="checkbox"/> Sí, puertorriqueño | <input type="checkbox"/> Sí, cubano |
| <input type="checkbox"/> Sí, otro origen hispano, latino o español | |
| <input type="checkbox"/> Elijo no contestar. | |

¿Cuál es su raza? Seleccione todas las que correspondan.

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> indoamericana o nativa de Alaska | <input type="checkbox"/> asiática de India | <input type="checkbox"/> negra o afroamericana |
| <input type="checkbox"/> china | <input type="checkbox"/> filipina | <input type="checkbox"/> guameña o chamorro |
| <input type="checkbox"/> japonés | <input type="checkbox"/> coreana | <input type="checkbox"/> nativa de Hawái |
| <input type="checkbox"/> otra asiática | <input type="checkbox"/> otra de islas del Pacífico | <input type="checkbox"/> samoana |
| <input type="checkbox"/> vietnamita | <input type="checkbox"/> blanca | |
| <input type="checkbox"/> Elijo no contestar. | | |

Seleccione una de las opciones si desea que le enviemos información en un idioma que no sea inglés.

español vietnamita persa árabe chino coreano

Seleccione una de las opciones si desea que le enviemos información en un formato accesible.

braille letra grande disco compacto de audio (CD)

Comuníquese con OneCare al **1-877-412-2734** si necesita información en un formato accesible que no se mencionó anteriormente. Nuestro horario de atención es de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.

Usuarios de la línea TTY pueden llamar al **711**.

¿Usted trabaja? Sí No

¿Su cónyuge trabaja? Sí No

Escriba el nombre de su médico de atención primaria (médico general), clínica o centro de salud:

Office Use Only:

Plan ID #: _____

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

Name of Plan Representative/agent/broker: _____

DECLARACIÓN DE LA LEY DE PRIVACIDAD

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) recopilan información de los planes de Medicare para el seguimiento de la inscripción de los beneficiarios en un plan de 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 Reglamentaciones Federales (CFR) autorizan la recopilación de esta información. Los CMS pueden utilizar, divulgar e intercambiar los datos de inscripción de los beneficiarios de Medicare como se especifica en el Aviso de sistema de registros (SORN) "Medicare Advantage con medicamentos recetados (MARx)", Sistema n. 09-70-0588. Su respuesta a este formulario es voluntaria. Sin embargo, la falta de respuesta puede afectar la inscripción al plan.

OneCare (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan, es una organización de Medicare Advantage con un contrato de Medicare. La inscripción en OneCare depende de la renovación del contrato. OneCare cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. Llame a Servicios para Miembros de OneCare gratuitamente al **1-877-412-2734** (TTY **711**), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Visítenos en **www.caloptima.org/OneCare**.

Anexos:

- Aviso de no discriminación [Material ID: H5433_23MM003_C]
- Aviso de ayuda lingüística [Material ID: IR23_MM002_H5433_H7501]