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:	☐Sr. ☐Sra. ☐Srta.
Fecha de nacimiento: (_ _ /_ _ /_ _ _ _) (MES / DÍA / AÑO)	Sexo: ☐M ☐F		Teléfono residencial: ( )
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 de Medicare para llenar esta sección. • Por favor llene las secciones en blanco igual como aparecen en su tarjeta roja, blanca y azul 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. Usted debe tener las Partes A y B de Medicare para inscribirse en un Plan de Medicare Advantage.	MEDICARE HEALTH INSURANCE EJEMPLO SOLAMENTE Nombre:_____ N° de identificación de Medicare Sexo_____ __ __ __- __ __ - __ __ __ __ __ Es elegible para Fecha de vigencia **HOSPITAL (Parte A)** _____ **MÉDICO (Parte B)** _____

H5433_MM16_9TS Accepted (7/12/16)

Por favor conteste las siguientes preguntas
1. 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 contestó sí, por favor indique la otra cobertura y su(s) número(s) de identificación para tal cobertura: Nombre de la otra cobertura: _____ Nº de identificación de esta cobertura: _____ Nº de grupo de esta cobertura: _____
2. ¿Es usted residente de un lugar de cuidado a largo plazo, tal como un hogar para personas mayores? ☐Sí ☐No Si contestó sí, por favor proporcione la siguiente información: Nombre del establecimiento: _____ Dirección y número de teléfono del establecimiento: _____
Si desea que le enviemos información en otro idioma que no sea inglés o en otro formato marque la casilla apropiada: ☐ Español ☐ Vietnamita ☐ Braille, audio o impresa grande Por favor llame al Departamento de Servicios para Miembros de OneCare al **1-877-412-2734**, las 24 horas al día, los 7 días de la semana si necesita información en otro formato o idioma no indicado arriba. Usuarios de la línea TDD/TTY pueden llamar al **1-800-735-2929**. Nuestro horario de atención en persona es de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m.

Por favor lea esta información importante

Si usted es miembro de un Plan de Medicare Advantage (como un HMO o PPO), es posible que ya tenga cobertura de medicamentos con receta de su plan que cumpla con sus necesidades. Al inscribirse en OneCare, su afiliación en el Plan de Medicare Advantage será cancelada. Esto podría afectar su cobertura médica y hospitalaria así como su cobertura de medicamentos con receta. Lea la información que le manda el Plan de Medicare Advantage y si tiene preguntas, comuníquese con tal plan.

Si usted tiene cobertura médica 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 lo siguiente y firme en la parte indicada

Al llenar esta solicitud 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. Yo entiendo que esta cobertura de Medicare Advantage HMO SNP es en complemento a mi cobertura bajo Medicare. Por lo tanto, deberé mantener cobertura de las Partes A y B de Medicare. Es mi responsabilidad de informarle a OneCare sobre cualquier cobertura de Medicare Advantage que tenga o que pueda obtener en el futuro. Solamente puedo estar inscrito en un Plan de Medicare Advantage a la vez y si estoy inscrito actualmente en un Plan de Medicare Advantage con cobertura de medicamentos con receta, mi inscripción en OneCare cancelará tal cobertura.

La inscripción en este plan es típicamente para el año completo. Una vez que me inscriba, puedo retirarme de este plan o hacer cambios si existe un plazo de inscripción, generalmente durante el plazo anual de inscripción que es del 15 de octubre al 7 de diciembre, a menos que califique para ciertas circunstancias especiales.

OneCare sirve a una cierta área de servicio. Si me mudo fuera del área de servicio de OneCare, necesito notificarle a OneCare para poder retirarme del plan y encontrar un plan nuevo en mi área nueva. Entiendo que debo usar las farmacias participantes de la red excepto en una emergencia cuando no puedo usar justamente una farmacia de la red de OneCare. 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.

Entiendo que si me retiro de este plan y no tengo cobertura u obtengo otra cobertura de Medicare Advantage o cobertura de medicamentos con receta encomiable (equivalente a la de Medicare), es posible que tenga que pagar una sanción por inscribirme tarde además de la prima de cobertura de medicamentos con receta de Medicare en el futuro.

Entiendo que si estoy recibiendo ayuda de un agente de ventas u otro individuo empleado por o contratado con OneCare, es posible que tal persona sea remunerada en base a mi inscripción en OneCare.

Podrían existir servicios de asesoría en mi estado que brinde consejos sobre los seguros de Medicare suplementarios u otras opciones de Medicare Advantage o planes de medicamentos con receta, ayuda médica a través del programa de Medicaid del estado, o programas de ahorro de Medicare.

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 esta solicitud de inscripción es correcta según mi conocimiento. Entiendo que si doy información falsa intencionalmente en esta solicitud, mi inscripción en OneCare 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 esta solicitud significa que he leído y entendido el contenido de esta solicitud. Si se firma por una persona autorizada (como antemencionado), la firma certifica que: 1) esta persona está autorizada bajo la ley estatal para llenar esta solicitud y 2) la documentación de esta autorización está disponible al ser solicitado 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 del Plan Medicare Advantage HMO SNP:

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 plan de Medi-Cal (Medicaid) de California. La inscripción en OneCare depende en la renovación de los contratos.

This information is available for free in other languages. Please call our Customer Service number at 1-877-412-2734, 24 hours, 7 days a week, for additional information. (TDD/TTY users should call 1-800-735-2929).

Esta información está disponible gratis en otros idiomas. Para más información, 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).

Thông tin này cũng có sẵn miễn phí bằng những ngôn ngữ khác. Xin vui lòng liên lạc Văn Phòng Dịch Vụ của chúng tôi qua số điện thoại 1-877-412-2734, 24 giờ một ngày, 7 ngày một tuần, để biết thêm chi tiết. (Thành viên sử dụng máy TDD/TTY có thể liên lạc qua số 1-800-735-2929).