



GUARDE UNA COPIA DE ESTE FORMULARIO PARA SUS REGISTROS PERSONALES.

Formulario de solicitud para OneCare Connect Cal MediConnect Plan (Medicare-Medicaid Plan)

Debe tener la Parte A de Medicare (seguro hospitalario), la Parte B de Medicare (seguro médico) y Medi-Cal para ser miembro de un plan de Medicare y Medicaid.

Escoja un plan de salud:

<input type="checkbox"/> OneCare Connect
--

Su información:

Nombre: (primero, segundo, apellido)			
Fecha de nacimiento: (__ / __ / ____) mes día año		Género: <input type="checkbox"/> mujer <input type="checkbox"/> hombre	
Número de teléfono:	Número de teléfono secundario:	Correo electrónico:	
Domicilio:			
Ciudad:	Estado:	Código postal:	Condado (opcional):
Dirección para correspondencia (si es diferente al domicilio):			
Ciudad:	Estado:	Código postal:	Condado (opcional):
Nombre de un contacto de emergencia:		Número de teléfono del contacto de emergencia:	

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 persa coreano
 chino árabe braille, cintas de audio o letra grande

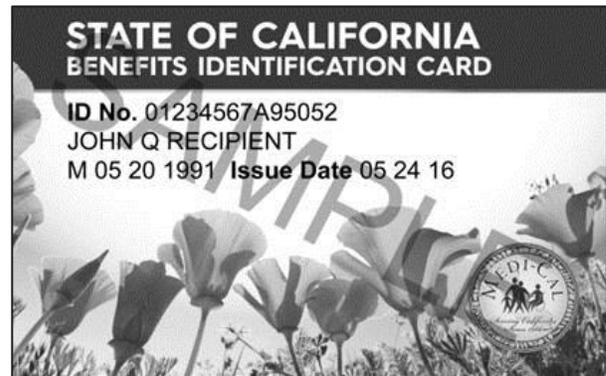
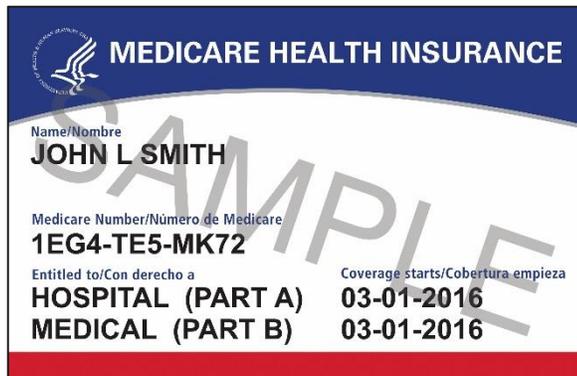
Si necesita información en un formato accesible u otro idioma diferente a los que se muestran anteriormente, llame a OneCare Connect al **1-855-705-8823**. Usuarios de la línea TDD/TTY deben llamar al **1-800-735-2929**. Nuestro horario de oficina es de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m.

Dónde obtiene servicios médicos actualmente:

Nombre de su médico general, clínica o centro de salud:	Número de teléfono:
---	---------------------

Información sobre su cobertura de Medicare y Medi-Cal:

Llene la información sobre Medicare y Medi-Cal a continuación. Puede localizar esta información en su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare, o en la carta del Seguro Social o de la Junta de Ferrovianos Jubilados. También incluya su número de identificación de Medi-Cal que aparece en la parte de enfrente de su tarjeta.



Nombre (como aparece en su tarjeta de Medicare):	
Número de Medicare:	
Tiene derecho a:	Fecha de vigencia:
Hospital (Parte A):	
Médico (Parte B):	
Debe tener la Parte A y la Parte B de Medicare para ser miembro de un plan de Medicare y Medicaid.	

Nombre (como aparece en su tarjeta de Medicaid):
Número de Medicaid:

Otra información personal:

¿Tiene Enfermedad Renal en Fase Terminal (ESRD)? Si contestó “sí” y ha tenido un trasplante de riñón exitoso y/o ya no necesita diálisis regularmente, incluya una nota de su médico.		<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Vive en un centro de cuidado a largo plazo? Si contestó “sí”, llene la siguiente información:		<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Nombre del centro:		Número de teléfono:	
¿Trabaja? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Está casado(a)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Trabaja su cónyuge? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

Información sobre su cobertura médica y de medicamentos con receta:

Algunas personas tienen otra cobertura médica o de medicamentos a través de un seguro privado, TRICARE, el lugar donde trabaja, sindicato, asuntos para veteranos, u otros programas estatales de asistencia farmacológica (SPAPs).

¿Tiene otro tipo de cobertura médica? Si contestó “sí”, llene la información a continuación <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Nombre del plan (y empleador, si aplica):	Número de grupo:
	Número de identificación:
Nombre del plan (y empleador, si aplica):	Número de grupo:
	Número de identificación:
Nombre del plan (y empleador, si aplica):	Número de grupo:
	Número de identificación:
Nombre del plan (y empleador, si aplica):	Número de grupo:
	Número de identificación:
Nombre del plan (y empleador, si aplica):	Número de grupo:
	Número de identificación:

Si actualmente tiene cobertura médica a través del lugar donde trabaja o sindicato, usted (o sus dependientes) podrían perder tal cobertura al inscribirse en OneCare Connect. Su empleador o sindicato pueden darle más información sobre su cobertura. Si tiene preguntas, hable con la persona en la oficina que se encarga de los beneficios.

Lea lo siguiente y firme abajo.

Su firma en esta solicitud indica que entiende lo siguiente:

- OneCare Connect tiene un contrato con el gobierno federal y con el estado de California.
- Los servicios de atención médica que recibe con el plan nuevo podrían ser diferentes a los que recibía anteriormente.
- Debo conservar las Partes A y B de Medicare y Medi-Cal.
- Solamente puedo inscribirme en un plan de Medicare a la vez.
- Entiendo que al inscribirse en OneCare Connect, automáticamente terminará mi inscripción en otro plan de Medicare o plan de medicamentos con receta.
- Debo informarle a Medicare y Medi-Cal sobre cualquier cobertura de medicamentos con receta que tenga o que pudiera obtener en el futuro.
- Debo informarle a OneCare Connect si me mudo.
- Como miembro de OneCare Connect, tengo derecho a presentar una apelación si no estoy de acuerdo con la decisión de pago o servicios de OneCare Connect.
- Entiendo que la Guía para Miembros de OneCare Connect (Comprobante de Cobertura) incluye las normas que debo seguir.
- OneCare Connect normalmente no ofrece cobertura médica si se encuentra fuera del país, pero podría haber cobertura limitada cerca de la frontera de los Estados Unidos.
- Entiendo que a partir de la fecha en que comienza mi cobertura de OneCare Connect, debo obtener mi cobertura médica a través de los proveedores participantes de OneCare Connect, con excepción a los servicios de emergencia o de urgencia necesarios, servicios de diálisis fuera del área de servicio, o servicios aprobados por OneCare Connect o el estado de California de proveedores no participantes de la red en ciertas circunstancias.
- OneCare Connect cubrirá la atención médica que recibo a través de los médicos y otros proveedores contratados con OneCare Connect tal como se resume en la Guía para Miembros (Comprobante de Cobertura) para ver cuales servicios son cubiertos.
- Si necesito la atención de un proveedor o proveedor no participante de la red de OneCare Connect, es posible que necesite obtener una autorización previa del plan o deba pagar por los servicios que obtenga.
- Entiendo que, si recibo ayuda de un agente de ventas, intermediario u otro individuo empleado o contratado por OneCare Connect, es posible que esa persona sea remunerada por OneCare Connect por inscribirme.
- Reconozco que, al inscribirme en OneCare Connect, es posible que OneCare Connect comparta mi información con Medicare y Medi-Cal y otros planes de salud según sea necesario por motivos de tratamiento, pagos y funciones administrativas.
- Entiendo que los medicamentos con receta son cubiertos, pero no necesariamente los que tomo actualmente. Entiendo que tendré acceso a los medicamentos con receta que tomo actualmente al menos por 30 días, hasta que pueda cambiar a un medicamento diferente y que tendré acceso a los proveedores que me tratan actualmente por hasta un plazo de 12 meses para los servicios de Medicare y por hasta un plazo de 12 meses para los servicios de Medi-Cal una vez que me inscriba en OneCare Connect. Asimismo, entiendo que OneCare Connect tiene proveedores y farmacias participantes que debo utilizar para obtener servicios de atención médica, salvo en situaciones de emergencia fuera de lo normal.

- Entiendo que OneCare Connect podría compartir mi información incluyendo la información de la cobertura de mis medicamentos con receta con Medicare y Medi-Cal. Pueden revelar mi información para propósitos de investigación y otros propósitos, según lo permita la ley u otras regulaciones federales.
- La información en esta solicitud es correcta según mi conocimiento. Entiendo que, si doy información falsa intencionalmente en esta solicitud, mi inscripción en OneCare Connect será cancelada.
- Mi firma en esta solicitud (o la firma de mi representante autorizado) significa que he leído y entiendo el contenido de esta solicitud. Si firma una persona autorizada por mí, la firma de esta persona significa que está autorizada bajo leyes del estado para llenar este formulario de inscripción, y el comprobante de esta autoridad está disponible al ser solicitado por Medicare y/o Medi-Cal.

Su firma:	Fecha:
Información sobre su representante autorizado, si aplica:	
Si es un representante autorizado, debe proporcionar la siguiente información, firmar e indicar la fecha de firma:	
Nombre (use letra de molde):	
Firma:	
Fecha:	
Domicilio:	
Número de teléfono:	
Relación con la persona que tiene Medicare y Medicaid:	

Para más información, visite www.caloptima.org. **Si tiene preguntas**, llame a OneCare Connect al **1-855-705-8823**, las 24 horas al día, los 7 días de la semana. Usuarios de la línea TTY deben llamar al **1-800-735-2929**. La llamada es gratuita. Puede obtener esta información gratis en otros idiomas y formatos, como letra grande, braille y audio.

Office Use Only

Name of staff member (if assisted enrollment)	
Plan ID#:	Effective date of coverage:
SEPs:	
<input type="checkbox"/> ICEP/IEP <input type="checkbox"/> OEP <input type="checkbox"/> AEP <input type="checkbox"/> SEP (type) <input type="checkbox"/> Not Eligible	
CMS approved (MM/DD/YY):	Preferred language:
Health network:	
PCP name:	

OneCare Connect Cal MediConnect Plan (Medicare-Medicaid Plan) es un plan de salud que tiene contratos con Medicare y Medi-Cal para ofrecer los beneficios de ambos programas a sus afiliados. OneCare Connect cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. La información sobre los beneficios es un breve resumen y no una descripción completa de los beneficios. Pueden aplicar límites, copagos y restricciones. Llame al Departamento de Servicios para Miembros de OneCare Connect o consulte la Guía para Miembros de OneCare Connect para más información. Los beneficios y/o copagos podrían cambiar a partir del primero de enero de cada año. Visite www.caloptima.org/onecareconnect para más información. Si tiene preguntas, llame gratuitamente a OneCare Connect al **1-855-705-8823**, las 24 horas al día, los 7 días de la semana. Usuarios de la línea TDD/TTY deben llamar gratuitamente 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 **1-855-705-8823** (TTY: **1-800-735-2929**).

Spanish: ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al **1-855-705-8823** (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**1-855-705-8823** (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 **1-855-705-8823** (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 **1-855-705-8823** (TTY: **1-800-735-2929**).

Korean: 주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. **1-855-705-8823** (TTY: **1-800-735-2929**)번으로 전화해 주십시오.

Armenian: ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ՝ Եթե խոսում եք հայերեն, ապա ձեզ անվճար կարող են տրամադրվել լեզվական աջակցության ծառայություններ: Չանզհարեք **1-855-705-8823** (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 **1-855-705-8823** (TTY: **1-800-735-2929**) تماس بگیرید.

Russian: ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните **1-855-705-8823** (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。 **1-855-705-8823** (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 **1-855-705-8823** (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।
1-855-705-8823 (TTY: **1-800-735-2929**) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

Cambodian: ប្រយ័ត្ន៖ បើសិនជាអ្នកនិយាយភាសាខ្មែរ, សេវាជំនួយផ្នែកភាសា ដោយមិនគិតល្អល គឺអាចមានសំរាប់បំរើអ្នក។ ចូរ ទូរស័ព្ទ **1-855-705-8823** (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 **1-855-705-8823** (TTY: **1-800-735-2929**).

Hindi: ध्यान दें: यदि आप बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। **1-855-705-8823** (TTY: **1-800-735-2929**) पर कॉल करें।

Thai: ระวัง: ถ้าคุณพูดภาษาไทยคุณสามารถใช้บริการช่วยเหลือทางภาษาได้ฟรี โทร **1-855-705-8823** (TTY: **1-800-735-2929**).

Lao: ໂປດຊາບ: ຖ້າວ່າ ທ່ານເວົ້າພາສາ ລາວ, ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ, ໂດຍບໍ່ເສັຽຄ່າ, ແມ່ນມີພ້ອມໃຫ້ທ່ານ. ໂທ 1-855-705-8823 (TTY: 1-800-735-2929).