
ANEXO 1: FORMULARIO DE SOLICITUD INDIVIDUAL PARA INSCRIBIRSE EN UN PLAN DE MEDICARE ADVANTAGE (PARTE C) O PLAN DE MEDICAMENTOS RECETADOS DE MEDICARE (PARTE D)

¿Quién puede usar este formulario?

Las personas que tienen Medicare que desean inscribirse en un Plan de Medicare Advantage o Plan de Medicamentos Recetados de Medicare.

Para inscribirse en un plan, debe cumplir con estos requisitos:

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

Importante: para inscribirse en un Plan de Medicare Advantage, debe tener ambas:

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

¿Cuándo puedo usar este formulario?

Puede inscribirse en un plan:

- Entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre de cada año (la cobertura entra en vigor el 1 de enero).
- En un plazo de 3 meses a partir de la fecha en que obtuvo Medicare.
- En determinadas situaciones en las que puede inscribirse en un plan o cambiar de plan.

Visite Medicare.gov para obtener más información acerca de los periodos de inscripción en 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 su número de teléfono.

Aviso: Debe completar toda la información que figura en la Sección 1. La información en la

Sección 2 es opcional, es decir, no se le negará cobertura si no la completa.

Recordatorios:

- Si desea inscribirse en un plan durante el periodo de inscripción abierta de otoño (del 15 de octubre al 7 de diciembre), el plan debe recibir su formulario completado antes del 7 de diciembre.

¿Qué sucede después?

Envíe su formulario completado y firmado a la siguiente dirección:

OneCare (HMO D-SNP)
505 City Parkway West
Orange, CA 92868

Se comunicarán con usted una vez que procesen 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, 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.

Según la Ley de Reducción de Trámites (PRA) de 1995, ninguna persona está obligada a responder un cuestionario, a menos que en él se muestre un número de control válido de la Oficina de Gestión y Presupuesto (OMB). El número de control válido de la OMB para este cuestionario es 0938-1378. El tiempo necesario para completar este cuestionario es, en promedio, 20 minutos por respuesta, lo que incluye el tiempo para leer las instrucciones, buscar en las fuentes de datos existentes, recopilar los datos necesarios y completar y revisar el cuestionario. Si tiene comentarios sobre la exactitud del tiempo estimado o sugerencias para mejorar este formulario, escriba a la siguiente dirección: 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, historia clínica, etc.) a la Oficina de Aprobación de Informes de la PRA. Se eliminará toda la documentación que recibamos que no esté relacionada con las maneras de mejorar este formulario o los costos de recopilación (que figuran en la OMB 0938-1378). No se guardará, revisará ni se enviará al plan. Consulte la sección “¿Qué sucede después?” en esta página para enviar su formulario completado al plan.

Formulario de inscripción individual de OneCare (HMO SNP)

**Sección 1: Debe completar toda la información en esta página
 (a menos que se identifique como opcional)**

Elija el plan al que quiere inscribirse:

OneCare (HMO SNP) – \$0 por mes

NOMBRE: _____ **APELLIDO:** _____ [Opcional: inicial de segundo nombre]: _____

Fecha de nacimiento:

(MM/DD/YYYY [mes/día/año])

(__/__/____)

Género:

Masculino Femenina

Teléfono: _____

Dirección permanente (no se permite el apartado postal):

Ciudad: _____

(Opcional: condado): _____

Estado: _____

Código postal: _____

Dirección de correo postal, si es diferente de su dirección permanente (se permite el apartado postal):

Dirección: _____

Ciudad: _____

Estado: _____

Código postal: _____

Contacto de emergencia: _____

Teléfono: _____ **Relación con usted:** _____

Su información de Medicare:

Número de Medicare: _____ - _____ - _____

Responda a estas preguntas importantes:

¿Tendrá otra cobertura de medicamentos recetados (como beneficios para veteranos [VA], TRICARE), además de

OneCare? Sí No

Nombre de la otra cobertura: _____

N.º de miembro de esta cobertura: _____

N.º de grupo de esta cobertura: _____

¿Está inscrito en el programa estatal de Medicaid (Medi-Cal)? Sí No

Si la respuesta es afirmativa, proporcione su número de Medicaid de 9 dígitos (N.º de índice del cliente [CIN]):

IMPORTANTE: Lea y firme a continuación:

- Debo conservar la cobertura hospitalaria (Parte A) y médica (Parte B) de Medicare para permanecer con OneCare.
- Al inscribirme en este Plan de Medicare Advantage o Plan de Medicamentos Recetados de Medicare, reconozco que OneCare compartirá mi información con Medicare, que podría usarla para fines de seguimiento con mi inscripción, realizar pagos y otros fines permitidos por la legislación federal que autoriza la recopilación de esta información (consulte la Declaración respecto a la Ley de Privacidad en la parte posterior de este formulario).
- Responder este formulario es voluntario; sin embargo, si no responde, podría verse afectada su inscripción en el plan.
- A mi leal saber y entender, la información en este formulario de inscripción es correcta. Comprendo que, si brindo información falsa de manera intencional en este formulario, se cancelará mi inscripción en este plan.
- Comprendo que las personas con Medicare no suelen tener cobertura de Medicare fuera del país, salvo por cobertura limitada cerca de la frontera de los EE. UU.
- Comprendo que, al comenzar mi cobertura de OneCare, debo obtener todos mis beneficios médicos y de medicamentos con receta de OneCare. Los beneficios y servicios prestados por OneCare y enumerados en la “Evidencia de Cobertura” de OneCare, también conocido como contrato de miembro o acuerdo del suscriptor, serán cubiertos. Ni Medicare ni OneCare pagarán por los beneficios y servicios que no son cubiertos.

- Comprendo que mi firma (o la firma de la persona legalmente autorizada para actuar en mi nombre) en esta solicitud significa que leí y comprendí el contenido de la solicitud. Si firma un representante autorizado (como se describió anteriormente), esta firma certifica que:
 - 1) esta persona está autorizada a completar la inscripción en virtud de la legislación estatal, y
 - 2) la documentación de esta autoridad está disponible al ser solicitada por Medicare.

Su firma:	Fecha de hoy:
Si es el representante autorizado, firme arriba y proporcione la siguiente información:	
Nombre:	Dirección:
Teléfono:	Relación con el solicitante:

Sección 2: Toda la información en esta página es opcional

Usted decide si desea responder a estas preguntas. No se le negará cobertura si no las completa.

Elija uno si desea recibir información en otro idioma que no sea inglés.

español vietnamita

Elija uno si desea recibir 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 incluyó 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**.

¿Trabaja? Sí No ¿Trabaja su cónyuge? Sí No

Nombre de su 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 RESPECTO A LA LEY DE PRIVACIDAD

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) recopilan información de los planes de Medicare para hacer un seguimiento de la inscripción de los beneficiarios en planes de Medicare Advantage (MA) o de Medicamentos Recetados (PDP), para mejorar la atención y para pagar los beneficios de Medicare. Las secciones 1851 y 1860D-1 de la Ley de Seguridad Social y los artículos §§ 422.50, 422.60, 423.30 y 423.32 del capítulo 42 del Código de Reglamentaciones Federales (CFR) autorizan la recopilación de esta información. Los CMS podrán usar, divulgar e intercambiar información sobre la inscripción de los beneficiarios de Medicare según se especifica en el Aviso del Sistema de Registros (SORN) "Medicamentos Recetados de Medicare Advantage (MARx)", Sistema n.º 09-70-0588. Responder a este formulario es voluntario. Sin embargo, si no responde, podría verse afectada su inscripción en el plan.

OneCare (HMO SNP) 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 al Departamento de Servicios para Miembros de OneCare gratuitamente al **1-877-412-2734 (TTY 711)**, las 24 horas al día, los 7 días de la semana.

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 711)**.

Spanish: ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al **1-877-412-2734 (TTY 711)**.

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 711)**.