

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:	
Dirección:			
Ciudad:	Estado:	Código postal:	Condado (opcional):
Dirección de correspondencia (solo si es diferente que su dirección de residencia permanente):			
Ciudad:	Estado:	Código postal:	Condado (opcional):
Contacto de emergencia:		Número de teléfono del contacto de emergencia:	

Marque una de las siguientes casillas si prefiere que le enviemos información en un idioma que no sea inglés o en un formato accesible:

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

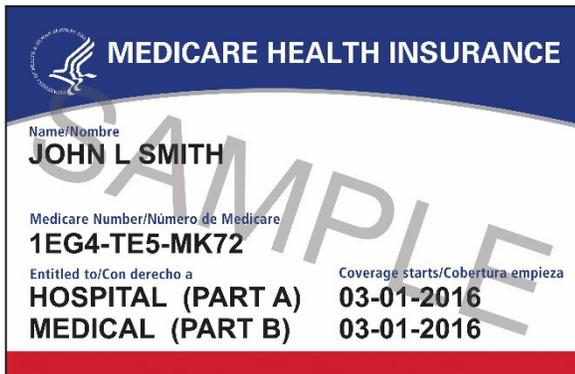
Llame a OneCare Connect al **1-855-705-8823** si necesita información en un formato accesible o idioma diferente de los indicados arriba. Usuarios de la línea TTY deben llamar al **711**. Nuestro horario de atención en persona es de lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m.

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 Junta de Retiro Ferroviario. También incluya su número de identificación de Medi-Cal que aparece en la parte de enfrente de su tarjeta de Medi-Cal.



Nombre (como aparece 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 y Medicaid.	

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

Otra información personal:

¿Tiene enfermedad renal terminal (End-Stage Renal Disease, ESRD)? Si la respuesta es afirmativa y ha tenido un trasplante renal exitoso y ya no necesita diálisis, adjunte una nota de su médico.		<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Reside en un centro de cuidado a largo plazo? Si la respuesta es afirmativa, proporcione la siguiente información:		<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Nombre del establecimiento:		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:

Es posible que algunas personas tengan otra cobertura médica o de medicamentos, como otro seguro privado, TRICARE, beneficios de salud para empleados, sindicato, beneficios para veteranos o programas de asistencia farmacéutica estatales (SPAPs).

¿Tiene otro tipo de cobertura médica? Si la respuesta es afirmativa, proporcione la siguiente información: <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 de un empleador o sindicato, usted (o sus dependientes) podrían perder esta 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 inscribirme 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 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:
------------------	---------------

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 711)**, 24 hours a day, 7 days a week. This call is free.

Spanish: ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al **1-855-705-8823 (TTY 711)**, las 24 horas al día, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita.

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 711)**, 24 giờ một ngày, 7 ngày một tuần. Cuộc gọi này hoàn toàn miễn phí.

Farsi:

توجه: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما فراهم می باشد. لطفاً طی 24 ساعت شبانه روز و 7 روز هفته با شماره **1-855-705-8823 (TTY 711)** تماس بگیرید. این تماس رایگان است.

Korean: 주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 주 7일, 하루 24시간 운영되는 **1-855-705-8823 (TTY 711)** 번으로 전화해 주십시오. 통화는 무료입니다.

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 711)**。一周7天, 一天24小時。此通電話免費。

Arabic:

ملحوظة: إذا كنت تتحدث بلغة أخرى غير الإنجليزية، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوفر لك بالمجان. اتصل على الرقم **1-855-705-8823** وعلى (TTY 711)، على مدار 24 ساعة في اليوم و 7 أيام في الأسبوع. هذه المكالمات مجانية.