

FORMULARIO DE ELECCIÓN DE INSCRIPCIÓN INDIVIDUAL PARA MEDICARE ADVANTAGE



Si necesita información en un idioma o formato diferente (Braille), comuníquese con ONECare by Care1st Health Plan Arizona, Inc. (HMO).

PARA INSCRIBIRSE EN ONECARE, POR FAVOR, COMPLETE LA SIGUIENTE INFORMACIÓN:

1. Información personal

Apellido:	Nombre:	Inicial del segundo nombre:	<input type="checkbox"/> Sr. <input type="checkbox"/> Sra. <input type="checkbox"/> Srta.
-----------	---------	-----------------------------	---

Fecha de nacimiento: (__/__/____) (MMDDAAAA)	Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Correo electrónico:	Teléfono particular: ()
			Teléfono celular: ()

Dirección de residencia permanente (No se permite apartado postal):

Ciudad:	Estado:	Código postal:
---------	---------	----------------

Dirección de correspondencia (sólo si es diferente de su Dirección de residencia permanente):

Dirección: Ciudad: Estado: Código postal:

Contacto en caso de emergencia: _____

Teléfono: _____ Parentesco: _____

2. Por favor, suministre su Información del seguro Medicare.

Por favor, utilice su Tarjeta de Medicare para completar esta sección.

- Por favor, complete los espacios en blanco para que concuerde con 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 el Consejo de Jubilación del Ferrocarril.

Usted debe tener Medicare Parte A y Parte B para inscribirse en un plan Medicare Advantage.

Esta solicitud de inscripción no estará completa hasta que nos haya brindado esta información.

MEDICARE			HEALTH INSURANCE	
SAMPLE ONLY				
Name: _____				
Medicare Claim Number			Sex _____	
_____ - _____ - _____				
Is Entitled To			Effective Date	
HOSPITAL (Part A)			_____	
MEDICAL (Part B)			_____	

3. Pago de la prima de su plan

Si tiene una prima de plan mensual, puede pagarla por correo todos los meses. Si determinamos que usted adeuda una penalización por inscripción tardía, necesitaremos que nos diga cómo preferiría pagarla. Puede pagar su penalización por inscripción tardía por correo todos los meses. También puede optar por pagar la prima mensual de su plan y/o la penalización por inscripción tardía mediante deducción automática de su cheque de Seguro Social todos los meses.

Las personas con ingresos limitados pueden reunir los requisitos para recibir ayuda adicional a fin de pagar los gastos de medicamentos recetados. Si es elegible, Medicare pagará el 75% o más de sus gastos

de medicamentos, que incluyen las primas mensuales, los deducibles anuales y el coseguro de los medicamentos recetados. Además, aquellos que reúnan los requisitos no estarán sujetos al vacío de cobertura ni a la penalización por inscripción tardía. Muchas personas son elegibles para estos ahorros y no lo saben. Para obtener más información sobre esta ayuda adicional, comuníquese con la oficina local del Seguro Social o llame al Seguro Social al 1-800-772-1213. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778. Además, también puede solicitar esta ayuda adicional en línea en www.socialsecurity.gov/prescriptionhelp.

Si usted cumple con los requisitos para obtener la ayuda extra con sus costos de medicamentos recetados de Medicare, este último pagará toda la prima de su plan o parte de ella. Si Medicare paga sólo una parte de dicha prima, le facturaremos el monto que Medicare no cubra.

Si usted no elige una opción de pago, recibirá una factura todos los meses.

Por favor, seleccione una opción de pago de la prima:

Recibir una factura

Deducción automática de su cheque mensual de beneficios del seguro social (La deducción del seguro social puede llevar dos meses o más para comenzar. En la mayoría de los casos, la primera deducción de su cheque de beneficios del seguro social incluirá todas las primas adeudadas desde la fecha de entrada en vigencia de su inscripción hasta el momento en que comience la retención).

4. Por favor, lea y responda estas importantes preguntas.

1. ¿Tiene Enfermedad Renal en Etapa Terminal (ESRD, por sus siglas en inglés)? Sí No
Si respondió “sí” a esta pregunta y ya no necesita diálisis en forma regular o recibió un trasplante de riñón exitoso, por favor, **adjunte una nota o un registro** de su médico que demuestre que no necesita diálisis o que recibió un trasplante de riñón exitoso.

2. Puede ser que algunos individuos tengan otra cobertura de medicamentos, incluso otro seguro privado, TRICARE, cobertura de beneficios de la salud de los Empleados federales, beneficios VA o programas de asistencia farmacéutica estatal.

¿Tendrá otra cobertura de medicamentos recetados además de ONECare? Sí No

Si su respuesta es “sí”, por favor, complete la otra cobertura y su(s) número(s) de identificación (ID) para esta cobertura:

Nombre de la otra cobertura:	Nº de identificación para esta cobertura:	Nº de Grupo para esta cobertura:
------------------------------	---	----------------------------------

3. ¿Es residente en un centro de atención a largo plazo, como por ejemplo un hogar de ancianos?
 Sí No

Si su respuesta es “sí”, por favor complete la siguiente información:

Nombre de la institución: _____

Dirección y teléfono de la institución (calle y número) _____

4. ¿Está inscrito en el programa Medicaid de su Estado? Sí No

Si su respuesta es “sí”, por favor, complete su número de Medicaid: _____

5. ¿Trabajan usted o su cónyuge? Sí No

5. Información sobre el médico: Por favor, elija el nombre de un Médico de Atención Primaria (PCP, por sus siglas en inglés), clínica u otro centro de salud:

Nombre del médico	Número de ID	Grupo médico / Nombre del IPA

¿Ya es paciente de este médico? Sí No

6. Otra información

Por favor, marque una de las casillas a continuación si prefiere que le enviemos la información en un idioma que no sea inglés: Español Otro Idioma

Comuníquese con nosotros si necesita un formato como Braille, cinta de audio o material impreso en un tamaño de letra grande.

Si necesita información en un formato o idioma diferente de los mencionados anteriormente, comuníquese con Servicios para Miembros de ONECare by Care1st Health Plan Arizona, Inc. (HMO) al **(602) 778-8345 o 1-877-778-1855 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-735-2929)**. Nuestro horario de atención es de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los siete días de la semana.



Por favor, lea esta información importante

Si actualmente tiene cobertura médica de su empleador o sindicato, afiliarse a ONECare podría afectar a los beneficios de atención de salud de su empleador o sindicato. Si se afilia a ONECare, puede perder la cobertura médica de su empleador o sindicato. Lea las comunicaciones que le envíe su empleador o sindicato. Si tiene preguntas, visite sus sitios web o comuníquese con la oficina que se menciona en las comunicaciones. Si no se indican datos de contacto, puede comunicarse con el administrador de los beneficios o la oficina que responde a las preguntas sobre su cobertura.

7. Firma: Por favor lea y firme a continuación

Al completar esta solicitud de inscripción, estoy de acuerdo con lo siguiente:

ONECare by Care1st Health Plan Arizona, Inc. (HMO) es un plan de Necesidades Especiales de Medicare Advantage y tiene un contrato con el gobierno Federal. Necesitaré conservar las Partes A y B de Medicare. Sólo puedo ser parte de un plan de Medicare Advantage a la vez y entiendo que si me inscribo en este plan, se cancelará automáticamente mi afiliación a otro plan de salud de Medicare o plan de medicamentos recetados. Es mi responsabilidad informarles cualquier cobertura de medicamentos recetados que posea o que pueda obtener en el futuro. Entiendo que si no tengo una cobertura de medicamentos recetados de Medicare o una cobertura de medicamentos recetados meritoria (que sea tan buena como la de Medicare), es posible que deba pagar una penalización por inscripción tardía en caso de inscribirme en la cobertura de medicamentos recetados de Medicare en el futuro. Usualmente, la afiliación a este plan es para todo el año. Una vez que me haya afiliado, puedo dejar este plan o realizar modificaciones sólo en determinados momentos del año, cuando esté disponible algún período de inscripción (por ejemplo, desde el 15 de noviembre hasta el 31 de diciembre de cada año), o en ciertos casos especiales.

ONECare by Care1st Health Plan Arizona, Inc. (HMO) presta sus servicios en un área específica. Si me mudo fuera del área de servicio de ONECare, debo informar al plan para anular la inscripción y buscar otro plan en mi nueva área. Una vez que sea miembro de ONECare, tengo derecho a apelar las decisiones del plan sobre el pago o los servicios si no estoy de acuerdo. Leeré el documento de la Evidencia de Cobertura de ONECare cuando lo reciba para saber cuáles son las reglas que debo respetar para recibir cobertura con este plan de Medicare Advantage. Entiendo que los beneficiarios de Medicare por lo general no tienen cobertura con Medicare mientras están fuera del país, excepto para la cobertura limitada cerca de la frontera de los Estados Unidos.

Entiendo que a partir de la fecha en la que comienza la cobertura de ONECare, debo recibir toda la atención médica de ONECare, excepto para servicios de atención médica de emergencia o urgencia,

o servicios de diálisis fuera del área de servicio. Tendrán cobertura los servicios autorizados por ONECare y otros servicios que se mencionan en el documento de la Evidencia de Cobertura de ONECare (también conocido como contrato del miembro o acuerdo del suscriptor). Sin autorización, **NI MEDICARE NI ONECARE PAGARÁN POR LOS SERVICIOS.**

Entiendo que si recibo asistencia de parte de un agente de ventas, agente de seguros, u otra persona empleada o contratada por el plan ONECare, esta persona puede recibir un pago dependiendo de mi afiliación a ONECare.

Divulgación de la información: Si me afilio a este plan de salud de Medicare, entiendo que ONECare divulgará mi información a Medicare y otros planes si fuera necesario para tratamiento, pago o manejo de la atención de salud. También reconozco que ONECare divulgará a Medicare mi información, incluso mis datos con respecto a los hechos de los medicamentos recetados, y Medicare puede divulgarla a los efectos de la búsqueda y otros fines que cumplen con todas las reglamentaciones y estatutos Federales aplicables. La información de este formulario de inscripción es correcta a mi leal entender. Comprendo que si proporciono información falsa intencionalmente en este formulario, se cancelará mi inscripción en el plan.

Entiendo que mi firma (o la firma de la persona autorizada para actuar en mi nombre, según las leyes del Estado donde vivo) en esta solicitud significa que leí y entiendo el contenido de esta solicitud. Si está firmado por un individuo autorizado (según se describe precedentemente), esta firma certifica que: 1) esta persona está autorizada de acuerdo con la ley del Estado para realizar esta inscripción y 2) la documentación de esta autoridad está disponible a pedido de ONECare o de Medicare.

Firma de la persona inscrita: _____	Fecha de hoy: _____
--	----------------------------

Si usted es un representante autorizado, debe brindar la siguiente información:

Nombre del representante autorizado (molde): _____

Dirección _____

Teléfono: (____) _____ Parentesco con la persona inscrita _____

Firma del representante autorizado: _____

8. Sección del representante del plan

Firma del representante del plan: _____

Nombre del representante del plan (letra de molde): _____

Número del representante del plan: _____

Teléfono del representante del plan: _____

OFFICE USE ONLY	EFF. DATE OF COVERAGE	ENROLLEE ID #	APPLICATION #	BATCH #
	ENROLLED IN: _____ ADVANTAGE (MA-PD) _____ NOT ELIGIBLE			



FORMULARIO DE ELECCIÓN DE INSCRIPCIÓN INDIVIDUAL PARA MEDICARE ADVANTAGE

- Paso numero 1: Por favor complete la aplicación.
Use un bolígrafo y aplique suficiente fuerza para
que marque las tres copias.
- Paso numero 2: Firme y escriba la fecha en la parte inferior de la aplicación.
- Paso numero 3: Mantenga la copia rosada inferior para su archivo.

Si usted tiene alguna pregunta con respecto a esta aplicacion, por favor llame:

1-877-778-1855 Opción #7*
TTY/TDD 1-800-367-8939
Horario: 8:00 a.m. to 8:00 p.m.
Lunes a viernes

ONECare by Care1st Health Plan Arizona, Inc. (HMO)
2355 E. Camelback Road
Suite 300
Phoenix, AZ 85016
www.care1st.com/az

Servicios para Miembros: 1-877-778-1855
TTY/TDD 1-800-367-8939
Horario: 8:00 a.m. to 8:00 p.m.
7 días de la semana

*Si llama a este número, se lo comunicará con un agente/corredor de seguros autorizado. Si se comunica con el número de ONECare by Care1st Health Plan Arizona, Inc. (HMO) mencionado anteriormente, podrá obtener información sobre el plan e inscribirse si así lo decide.

Para las inscripciones posteriores al 1 de octubre de 2010, las fechas de vigencia son noviembre o 1 de diciembre de 2010. Los beneficios, el formulario, la farmacia, la red, la prima y/o los copagos/coseguros pueden cambiar el 1 de enero de 2011. Para obtener más detalles, comuníquese con ONECare by Care1st Health Plan Arizona, Inc. (HMO).