OMB No. 0938-1378
Expires: 02/28/2029

OneCare
CalOptima Health

Formulario de solicitud de inscripción de CalOptima Health OneCare Complete (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan

¿Quién puede usar este formulario?
Las personas con Medicare que deseen inscribirse a un plan de Medicare Advantage.

Para inscribirse a un plan, debe cumplir con los siguientes requisitos:

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

Importante: para inscribirse a un plan de Medicare Advantage, también debe tener ambas partes:

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

¿Cuándo utilizo este formulario?
Puede inscribirse a un plan:

- Entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre de cada año (para tener cobertura a partir del 1.º de enero).
- Dentro de los primeros 3 meses de obtener Medicare.
- En determinadas situaciones en las que se le permite inscribirse o cambiar de plan.

Visite Medicare.gov para obtener más información sobre cuándo puede inscribirse a 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 número de teléfono.

Aviso: Debe completar todos los campos que figuran en la Sección 1. Los campos en la Sección 2 son opcionales; no se le puede negar la cobertura si no los completa.

Recordatorios:

- Si desea inscribirse a un plan durante la inscripción abierta de otoño (del 15 de octubre al 7 de diciembre), debe presentar su formulario completo antes del 7 de diciembre.

¿Qué sucede después?
Envíe el formulario completo y firmado a:

CalOptima Health OneCare Complete
505 City Parkway West, Orange, CA 92868

Se comunicarán con usted una vez que se procese su solicitud de inscripción.

¿Cómo obtengo ayuda con este formulario?
Llame a CalOptima Health OneCare Complete al **1-877-412-2734**. Los usuarios de la línea TTY pueden llamar al **711**.

O bien, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de la línea TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

En español: Llame a CalOptima Health OneCare Complete al **1-877-412-2734**. TTY al **711** o a Medicare gratis al 1-800-633-4227 y oprima el 8 para asistencia en español y un representante estará disponible para asistirle. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

Personas sin hogar

- Si desea inscribirse en un plan, pero no tiene una residencia permanente, un apartado postal, una dirección de un refugio o clínica, la dirección donde recibe su correo postal (por ejemplo, cheques de seguro social) puede considerarse como su dirección de residencia permanente.

De acuerdo con la Ley de Reducción de Trámites Administrativos (PRA) de 1995, ninguna persona tiene la obligación de responder a una recopilación de información, a menos que presente un número de control válido de la Oficina de Administración y Presupuesto (OMB). El número de control válido de la OMB para esta recopilación de información es 0938-1378. Se estima que el tiempo promedio requerido para completar esta información es de 20 minutos, lo que incluye el tiempo para leer las instrucciones, buscar en las fuentes de datos existentes, recopilar los datos necesarios, y completar y revisar la información recopilada. Si tiene comentarios sobre la precisión del tiempo estimado o sugerencias para mejorar este formulario, escriba a: 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, registros médicos, etc.) a la Oficina de Validación de Informes de la PRA. Cualquier documentación recibida que no se refiera a cómo mejorar este formulario o su carga de recopilación (que figuran en la OMB 0938-1378) será destruida. No se conservará, revisará ni enviará al plan. Consulte la sección "¿Qué sucede después?" en esta página para enviar su formulario completo al plan.

Sección 1: todos los campos en esta página son obligatorios (a menos que se marquen como opcional)			
Elija el plan al que quiere inscribirse: ☐ CalOptima Health OneCare Complete (HMO D-SNP): – $0 por mes			
NOMBRE:	APELLIDO:	[Opcional: inicial del segundo nombre]:	
Fecha de nacimiento: (MM/DD/YYYY) (_____/_____/_____)	Sexo: ☐ Hombre ☐ Mujer	Teléfono: ( )	
Dirección de residencia permanente (no incluya apartado postal [P.O. Box]. **Aviso:** Para las personas sin hogar, un apartado postal puede considerarse su dirección de residencia permanente):			
Ciudad:	[Opcional: condado]:	Estado:	Código postal:
Dirección de correo postal, si es diferente de su dirección permanente (se acepta apartado postal): Dirección: Ciudad: Estado: Código postal:			
Su información de Medicare:			
Número de Medicare: _ _ _ _ - _ _ _ - _ _ _ _			
Responda estas preguntas importantes:			
¿Tendrá otra cobertura de medicamentos recetados (como beneficios para veteranos [VA], TRICARE), además de CalOptima Health OneCare Complete? ☐ Sí ☐ No Nombre de la otra cobertura: N.º de miembro para esta cobertura: N.º de grupo para esta cobertura:			
¿Está inscrito en el programa de Medicaid (Medi-Cal) de su estado? ☐ Sí ☐ No En caso afirmativo, proporcione su número de Medicaid de 9 dígitos **(**N.º de índice del cliente [CIN]**):**			

IMPORTANTE: lea y firme a continuación:

- Debo conservar tanto el seguro hospitalario (Parte A) como el seguro médico (Parte B) de Medicare para permanecer en CalOptima Health OneCare Complete.
- Al inscribirme a este plan de Medicare Advantage, reconozco que CalOptima Health OneCare Complete compartirá mi información con Medicare, quien puede utilizarla para fines de seguimiento a mi inscripción, realizar pagos y otros fines permitidos por la ley federal que autoriza la recopilación de esta información (consulte la Declaración de la Ley de Privacidad a continuación). Su respuesta a este formulario es voluntaria; sin embargo, la falta de respuesta puede afectar la inscripción al plan.
- Comprendo que solo puedo inscribirme en un plan de Medicare Advantage a la vez, y que la inscripción en este plan terminará automáticamente mi inscripción en otro plan de Medicare Advantage (se aplican excepciones para los planes Medicare Advantage de tarifa privada por servicio [MA PFFS] y de cuenta de ahorro médico [MA MSA]).
- Comprendo que, cuando comience mi cobertura de CalOptima Health OneCare Complete debo obtener todos mis beneficios médicos y de medicamentos recetados de CalOptima Health OneCare Complete. Estarán cubiertos los beneficios y servicios prestados por CalOptima Health OneCare Complete y enumerados en la "Guía para miembros (Evidencia de cobertura)" de CalOptima Health OneCare Complete (también conocido como contrato del miembro o acuerdo del suscriptor). Ni Medicare ni CalOptima Health OneCare Complete pagarán por los beneficios o servicios que no estén cubiertos.
- A mi leal saber y entender, la información en este formulario de inscripción es correcta. Comprendo que, si brindo información falsa de manera intencional, se cancelará mi inscripción en el plan.
- Comprendo que mi firma (o la firma de la persona legalmente autorizada para actuar en mi nombre) en esta solicitud significa que he leído y comprendo el contenido de la solicitud. Si firma un representante autorizado (como se describe anteriormente), esta firma certifica que:
    1. esta persona está autorizada a completar la inscripción en virtud de la ley estatal, y
    2. la documentación de esta autorización está disponible al ser solicitada por Medicare.

Firma:	**Fecha de hoy:**
Si usted es el representante autorizado, firme arriba y complete estos campos:	
Nombre:	Dirección:
Teléfono: ( )	Relación con el solicitante:

Sección 2: todos los campos en esta página son opcionales

Responder a estas preguntas es su elección. No se le puede negar la cobertura si no las completa.

Seleccione una de las opciones si desea que le enviemos información en un idioma que no sea inglés.

☐ español ☐ vietnamita ☐ persa ☐ árabe ☐ chino ☐ coreano ☐ ruso

Seleccione una de las opciones si desea que le enviemos información en un formato accesible.

☐ braille ☐ letra grande ☐ disco compacto (CD) de audio ☐ disco compacto (CD) de datos

Comuníquese con CalOptima Health OneCare Complete al **1-877-412-2734** si necesita información en un formato accesible que no se mencionó anteriormente. Nuestro horario de atención es de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. Los usuarios de la línea TTY pueden llamar al **711**.

¿Usted trabaja? ☐ Sí ☐ No ¿Su cónyuge trabaja? ☐ Sí ☐ No

Escriba el nombre de su médico de atención primaria (médico general), clínica o centro de salud:

Solo para las personas que ayudan al solicitante a completar este formulario
For individuals helping enrollee with completing this form only

Complete this section if you're an individual (i.e. agents, brokers, SHIP counselors, family members, or other third parties) helping an enrollee fill out this form.

Name: _____ Relationship to enrollee: _____

Signature: _____ National Producer Number (Agents/Brokers only): _____

Effective Date of Coverage: _____

IEP: AEP: SEP: ICEP (type): _____

DECLARACIÓN DE LA LEY DE PRIVACIDAD

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) recopilan información de los planes de Medicare para el seguimiento de la inscripción de los beneficiarios en un plan de Medicare Advantage (MA), para mejorar la atención y para el pago de los beneficios de Medicare. Las secciones 1851 y 1860D-1 de la Ley del Seguro Social y las Secciones 422.50 y 422.60 del título 42 del Código de Reglamentaciones Federales (CFR) autorizan la recopilación de esta información. Los CMS pueden utilizar, divulgar e intercambiar los datos de inscripción de los beneficiarios de Medicare como se especifica en el Aviso de sistema de registros (SORN) "Medicare Advantage con medicamentos recetados (MARx)", Sistema n.º 09-70-0588. Su respuesta a este formulario es voluntaria. Sin embargo, la falta de respuesta puede afectar la inscripción al plan.

CalOptima Health OneCare (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan, es una organización de Medicare Advantage con contratos de Medicare y Medi-Cal. La inscripción en CalOptima Health OneCare depende de la renovación de los contratos. Llame al número gratuito de Servicios para Miembros de CalOptima Health OneCare al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). Visítenos en **www.caloptima.org/OneCare**.