

INSTRUCCIONES PARA COMPLETAR SU FORMULARIO DE DECISIÓN PARA LA INSCRIPCIÓN EN ONE CARE

¡IMPORTANTE!

El Formulario de Decisión para la Inscripción en One Care le pedirá que tome decisiones sobre su cobertura de MassHealth y Medicare. Usted tiene el derecho de hacer preguntas antes de decidir si One Care es la opción que más le conviene. *Si se inscribe en un plan de One Care, conservará sus beneficios de Medicare y MassHealth.*

Los planes de One Care cubrirán sus beneficios de Medicare, MassHealth y medicamentos con receta, incluyendo la Parte D de Medicare. Los planes de One Care también coordinarán el cuidado y acceso a servicios basados en la comunidad, como se describe en la Guía de Inscripción de One Care. La Guía de Inscripción de One Care puede descargarse del sitio web de One Care en: www.mass.gov/masshealth/onecare.

Para obtener más información:

- ▶ visite el sitio web de One Care en: www.mass.gov/masshealth/onecare
- ▶ visite los sitios web de los planes de One Care:
 - ◆ Commonwealth Care Alliance: www.commonwealthonecare.org
 - ◆ Tufts Health Plan (Plan de Salud de Tufts): www.ChooseUnify.com

Usted puede decirnos si desea inscribirse en One Care completando este *Formulario de Decisión para la Inscripción en One Care*.

Use este formulario para:

- ▶ Anotarse en un nuevo plan de One Care
- ▶ Cambiarse del plan de One Care que tiene ahora a un plan distinto de One Care, si estuviera disponible
- ▶ Decidir que ya no desea inscribirse en One Care. Su cobertura de One Care terminará el último día del mes.
- ▶ **IMPORTANTE:** Si recibió una carta de MassHealth informándole que lo están inscribiendo en un plan de One Care, también puede usar este formulario para elegir un plan distinto o para informarnos que no desea inscribirse en One Care. Tiene 60 días desde la fecha en que recibió la primera carta para completar este formulario y elegir una opción diferente antes de que su inscripción en One Care entre en vigencia.

Cómo completar el Formulario de Decisión para la Inscripción en One Care

Para inscribirse o cambiar de planes de One Care: Marque la casilla junto al plan de One Care al que desee inscribirse.

- ▶ **IMPORTANTE:** Usted solo puede elegir un plan de One Care que esté disponible en su condado.
- ▶ Para informarse sobre qué planes están disponibles en su condado, busque en la página de "One Care Plans" (Planes de One Care) en el sitio web de One Care en: www.mass.gov/masshealth/onecare.

Si no desea estar en One Care:

Marque la casilla junto a las palabras "No deseo inscribirme en One Care."

- ▶ Si marca esta casilla y no está en un plan de One Care, usted seguirá recibiendo su atención de la misma manera que hasta ahora.
- ▶ Si marca esta casilla y está inscrito en un plan de One Care, usted volverá a MassHealth y a Medicare Original.

Si desea hacer preguntas, llame al Servicio al cliente de MassHealth (de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.): 1-800-841-2900 o TTY: 1-800-497-4648 (para personas sordas, con dificultad auditiva o con discapacidad del habla). Si requiere una acomodación especial para comunicarse con nosotros, usted puede contactar al Servicio al cliente de MassHealth o al Defensor para acomodar a discapacitados de MassHealth al 617-847-3468 o TTY: 617-847-3788. Esta información también está disponible en línea en www.mass.gov/masshealth/onecare.

FORMULARIO DE DECISIÓN PARA LA INSCRIPCIÓN EN ONE CARE

Por favor, escriba en letra de imprenta:

NOMBRE: _____

DIRECCIÓN: _____

CIUDAD/ESTADO/CÓDIGO POSTAL: _____

Número de teléfono diurno: _____

Fecha de nacimiento: (MM/DD/AAAA): _____ Género: F M

¿Padece usted de una enfermedad renal en etapa terminal (ESRD, por sus siglas en inglés)? Sí No

Número de afiliado de MassHealth: _____

Número de Medicare (hállelo en su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare): _____

Otra cobertura de atención de salud

Algunas personas tienen otro seguro de salud o cobertura de medicamentos a través de un seguro privado, TRICARE, empleadores, sindicatos, Departamento de Asuntos de los Veteranos o el Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica.

¿Tiene usted otra cobertura de salud, aparte de MassHealth y Medicare? Sí No

Si contestó sí, complete la información a continuación.

Nombre de su plan (y empleador, si corresponde): _____

Número de grupo: _____ Número de identificación: _____

Nombre de su plan (y empleador, si corresponde): _____

Número de grupo: _____ Número de identificación: _____

Si tiene otra cobertura de salud, es posible que no pueda inscribirse en One Care.

SU DECISIÓN SOBRE LA INSCRIPCIÓN

Por favor marque **una** de las siguientes casillas para comunicar a MassHealth su decisión sobre la inscripción.

Tufts Health Plan (Plan de Salud de Tufts)

Commonwealth Care Alliance (CCA)

No deseo inscribirme en One Care. (Si no está en One Care, esto significa que usted seguirá recibiendo su atención de la misma forma en que lo hace ahora; si actualmente está en One Care, usted volverá a MassHealth y a Medicare Original.)

Por favor complete el frente y el reverso de este formulario y envíelo en el sobre adjunto a MassHealth:

Dirección postal:

O

Número de fax:

One Care
PO Box 120045
Boston, MA 02112-9912

617-988-8975

Por favor envíe a MassHealth todas las páginas de este *Formulario de Decisión para la Inscripción en One Care*.

Por favor lea y firme a continuación.

Al firmar este formulario, está indicando que comprende lo siguiente.

- ▶ Los planes de One Care tienen un contrato con el gobierno federal y con Massachusetts.
- ▶ Los servicios de salud que obtenga con mi nuevo plan podrían ser distintos que los servicios que tenía antes.
- ▶ Debo conservar la Parte A, la Parte B de Medicare y MassHealth.
- ▶ Puedo estar en un solo plan de Medicare a la vez.
- ▶ Al inscribirme en un plan de One Care, daré por terminada mi inscripción en otro plan de salud o de medicamentos con receta de Medicare.
- ▶ Debo informarle a Medicare y MassHealth sobre cualquier cobertura de medicamentos con receta que tenga o que pueda recibir en el futuro.
- ▶ Si me mudo, debo informárselo a MassHealth.
- ▶ Como afiliado de un plan de One Care, tengo derecho a apelar si no estuviera de acuerdo con las decisiones sobre pagos o servicios de mi plan de One Care.
- ▶ Los planes de One Care generalmente no cubren a personas mientras se encuentran fuera del país.
- ▶ En la fecha en que comience mi cobertura del plan de One Care, tendré acceso a mis médicos actuales durante 90 días. Después de los 90 días, yo debo obtener mi atención de salud de los proveedores y farmacias de mi plan de One Care, con excepción de atención médica de emergencia o de urgencia necesaria, diálisis fuera del área, o si yo obtuviera la aprobación de mi plan de One Care para ver a otros proveedores en determinadas circunstancias. Mi plan de One Care me ayudará a encontrar nuevos proveedores si los necesitara.
- ▶ Si yo necesitara ver a un médico u otro proveedor que no esté en mi plan de One Care, es posible que necesite autorización previa o tal vez deba pagar de mi bolsillo por los servicios que reciba.
- ▶ Entiendo que si un agente de ventas empleado por el plan One Care me ayuda a inscribirme, el plan One Care podría pagarle a esa persona.
- ▶ Al inscribirme en un plan de One Care, sé que el plan de One Care podría compartir mi información con Medicare y MassHealth y otros planes según sea necesario para tratamiento, pago y operaciones de atención de salud.
- ▶ Entiendo que los medicamentos con receta están cubiertos, pero no siempre son los mismos que tomo actualmente. Entiendo que tendré acceso a mis medicamentos actuales durante al menos 30 días, hasta que pueda cambiar a un medicamento distinto.
- ▶ Sé que mi plan de One Care podría compartir mi información con Medicare y MassHealth, incluyendo mi información sobre medicamentos con receta. Podrían hacerlo para investigación y otros propósitos, según lo permitan las leyes y reglamentos federales.
- ▶ La información proporcionada en este formulario es correcta a mi mejor saber y entender. Entiendo que si proporciono información falsa intencionalmente en este formulario, seré dado de baja de mi plan de One Care.
- ▶ Mi firma (o la firma de mi representante autorizado) en este formulario significa que he leído y entendido este formulario. Si firmara un representante autorizado, la firma de la persona significa que está autorizada de conformidad con la ley estatal a completar esta inscripción y la documentación de esta autorización está disponible a petición de Medicare y/o MassHealth.

Su firma: _____ **Fecha:** _____

Si usted es el representante autorizado, debe proporcionar la siguiente información, firmar y escribir la fecha a continuación.

Nombre (Por favor en letra de imprenta): _____ **Firma:** _____

Dirección: _____ **Número de teléfono:** _____

Relación con el inscrito: _____ **Fecha de hoy:** _____

Por favor envíe a MassHealth todas las páginas de este *Formulario de Decisión para la Inscripción en One Care*.