

¡IMPORTANTE!

El Formulario de decisión para la inscripción en One Care le solicita que decida si desea obtener su cobertura de MassHealth y Medicare mediante un plan de One Care. Usted tiene el derecho de preguntar antes de decidir si One Care es su mejor opción. *Usted conservará sus beneficios de Medicare y MassHealth si se inscribe en un plan de One Care.*

Los planes de One Care cubrirán todos sus beneficios de Medicare, de MassHealth y los medicamentos con receta, incluida la Parte D de Medicare. Los planes de One Care también le brindarán coordinación de atención y acceso a los servicios comunitarios, como se describe en la *Guía de inscripción* de One Care. Se puede descargar la *Guía de inscripción* de One Care del sitio web de One Care en: www.mass.gov/one-care.

Para obtener más información:

- ▶ visite el sitio web de One Care en: www.mass.gov/one-care
- ▶ visite el sitio web de los planes de One Care:
 - ◆ Commonwealth Care Alliance: www.commonwealthonecare.org
 - ◆ Tufts Health One Care: <https://tuftshealthplan.com/member/tufts-health-one-care>
 - ◆ UnitedHealthcare Connected: www.uhccommunityplan.com/ma

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

Use este formulario para:

- ▶ Inscribirse 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 finalizará el último día del mes.
- ▶ **IMPORTANTE:** Si recibió una carta de MassHealth informándole que lo inscribieron en un plan de One Care, usted también puede usar este formulario para elegir un plan distinto o para notificarnos 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 en One Care o cambiar de plan: O BIEN Si no desea tener 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/one-care.

Marque la casilla junto a las palabras “No deseo inscribirse en One Care”.

- ▶ Si marca esta casilla y no tiene un plan de One Care, usted seguirá obteniendo su atención de la misma manera en que la recibe 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.): (800) 841-2900, TDD/TTY:711. Si usted requiere de alguna acomodación especial para comunicarse con nosotros, puede llamar al Servicio al cliente de MassHealth o a la Defensoría de MassHealth para Obtener Acomodaciones por Discapacidades al (617) 847-3468 o por TTY: (617) 847-3788. Esta información también está disponible en www.mass.gov/one-care.

FORMULARIO DE DECISIÓN PARA LA INSCRIPCIÓN EN ONE CARE

Por favor, escriba en letra de imprenta su:

NOMBRE:

DIRECCIÓN:

CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL:

Teléfono de día:

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

¿Tiene usted de una enfermedad renal en etapa terminal (ESRD)? Sí No

Número de ID 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 seguros privados, TRICARE, empleadores, sindicatos, del Departamento de Asuntos de los Veteranos o del Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica.

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

Si contestó "Sí", complete la información a continuación.

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

Número del grupo: Número de identificación:

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

Número del grupo: Número de identificación:

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

SU DECISIÓN SOBRE LA INSCRIPCIÓN

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

Tufts Health One Care

Commonwealth Care Alliance (CCA)

UnitedHealthcare Connected

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

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

Dirección postal:

O BIEN

Número de fax:

Health Insurance Processing Center

(617) 988-8903

ATTN: One Care Enrollment

PO Box 4405

Taunton, MA 02780

Por favor, envíe ambas páginas de este *Formulario de decisión para la inscripción en One Care* a MassHealth.

Por favor, lea y firme a continuación.

Al firmar este formulario, usted está indicando que comprende lo siguiente:

- ▶ Los planes de One Care tienen un contrato con el gobierno federal y con Massachusetts.
- ▶ Es posible que los servicios de salud que obtenga con mi nuevo plan sean distintos de los servicios que recibía antes.
- ▶ Debo conservar la Parte A y la Parte B de Medicare, y MassHealth.
- ▶ Solo puedo tener un plan de Medicare a la vez.
- ▶ Al inscribirme en un plan de One Care, finalizaré 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 pudiera obtener en el futuro.
- ▶ Si me mudo, debo notificar a MassHealth.
- ▶ Como afiliado de un plan de One Care, tengo el derecho de 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 atención de salud de los proveedores y las farmacias de mi plan de One Care, con excepción de atención médica de emergencia o de urgencia necesaria, diálisis fuera del área de servicios, o si yo obtuviera la aprobación de mi plan de One Care para consultar a otros proveedores según determinadas circunstancias. Mi plan de One Care me asistirá a encontrar nuevos proveedores si los necesitara.
- ▶ Si yo tuviera que ver a un médico u otro proveedor que no esté en mi plan de One Care, es posible que necesite una autorización previa (PA) o que deba pagar de mi bolsillo por los servicios que reciba.
- ▶ Entiendo que, si un agente de ventas empleado por el plan de One Care me ayuda a inscribirme, el plan de One Care podría pagarle a esa persona.
- ▶ Al inscribirme en un plan de One Care, entiendo que el plan de One Care podría divulgar mi información a Medicare y MassHealth y a otros planes según sea necesario para el tratamiento, el pago y los procesos de atención de salud.
- ▶ Entiendo que los medicamentos con receta están cubiertos, pero que podrían no ser los mismos que los que tomo actualmente. Entiendo que tendré acceso a mis medicamentos actuales durante al menos 30 días, hasta que pueda cambiar a otro medicamento.
- ▶ Entiendo que mi plan de One Care podría divulgar mi información a Medicare y MassHealth, incluida mi información sobre los medicamentos con receta. Es posible que la divulguen para la investigación y otros propósitos, según lo permitan las leyes y los reglamentos federales y estatales.
- ▶ La información indicada en este formulario es correcta a mi leal 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 un representante autorizado firmara este formulario, la firma de la persona significa que está autorizada en conformidad con las leyes estatales 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 brindar la siguiente información, y luego firmar y escribir la fecha a continuación.

Nombre (en imprenta): Firma:

Dirección: Número de teléfono:

Relación con la persona inscrita: Fecha de hoy:

Por favor, envíe ambas páginas de este *Formulario de decisión para la inscripción en One Care* a MassHealth.