

INSTRUÇÕES PARA PREENCHER SEU FORMULÁRIO DE DECISÃO DE INSCRIÇÃO DO ONE CARE

IMPORTANTE!

O Formulário de Decisão de Inscrição do One Care pede que você decida se deseja obter sua cobertura do MassHealth e do Medicare por meio de um plano One Care. Você tem o direito de fazer perguntas antes de decidir se o One Care é adequado para você. *Você manterá seus benefícios do Medicare e do MassHealth se aderir a um plano One Care.*

Os planos One Care cobrirão todos os benefícios do Medicare, MassHealth e medicamentos prescritos, incluindo o Medicare Parte D. Os planos One Care também fornecerão coordenação de cuidados e acesso a serviços baseados na comunidade, conforme descrito no Guia de Inscrição do One Care. O guia de inscrição do One Care pode ser baixado do site do One Care em: www.mass.gov/one-care.

Para obter mais informações:

- ▶ Acesse o site do One Care em: www.mass.gov/one-care
- ▶ Acesse os sites dos planos One Care em:
 - ◆ Commonwealth Care Alliance: www.commonwealthonecare.org
 - ◆ Tufts Health One Care: <https://tuftshealthplan.com/member/tufts-health-one-care>
 - ◆ UnitedHealthcare Connected: www.uhcommunityplan.com/ma

Você pode nos informar se deseja se inscrever no One Care ao preencher este Formulário de Decisão de Inscrição no One Care

Use este formulário para:

- ▶ Inscrever-se em um novo plano One Care.
- ▶ Mudar o plano One Care que você tem agora para um plano One Care diferente, se disponível.
- ▶ Decidir que não quer mais estar inscrito no One Care. Sua cobertura no One Care terminará no último dia do mês.
- ▶ **IMPORTANTE:** se você recebeu uma carta do MassHealth informando que está sendo inscrito(a) em um plano One Care, você também pode usar este formulário para escolher um plano diferente ou para nos informar que não deseja ser inscrito(a) no One Care. Você tem 60 dias a partir da data em que recebeu a primeira carta para preencher este formulário e fazer uma escolha diferente antes que sua inscrição no One Care entre em vigor.

Como preencher o Formulário de Decisão de Inscrição do One Care

Para aderir ao One Care ou mudar os planos One Care: OU Se você não quiser estar no One Care:

Marque a caixa ao lado do plano One Care ao qual você deseja aderir.

- ▶ **IMPORTANTE:** você só pode escolher um plano One Care que esteja disponível no seu condado.
- ▶ Para saber quais planos estão disponíveis em seu condado, consulte a página "Planos One Care" no site One Care em: www.mass.gov/one-care.

Marque a caixa ao lado das palavras "Não quero me inscrever no One Care".

- ▶ Se marcar esta caixa e não estiver em um plano One Care, você continuará recebendo atendimento da mesma forma que faz agora.
- ▶ Se marcar esta caixa e estiver inscrito em um plano One Care, você voltará para o MassHealth e o Original Medicare.

Se tiver dúvidas, ligue para o Atendimento ao Cliente do MassHealth (segunda a sexta-feira, das 8:00 a.m. às 5:00 p.m): (800) 841-2900, TDD/TTY:711. Se precisar de uma adaptação especial para se comunicar conosco, entre em contato com o Serviço de Atendimento ao Cliente do MassHealth, ou com a Ouvidoria de Adaptações para Portadores de Deficiências do MassHealth pelo telefone (617) 847-3468 ou TTY: (617) 847-3788. Estas informações também estão disponíveis online em www.mass.gov/one-care.

FORMULÁRIO DE DECISÃO DE INSCRIÇÃO NO ONE CARE

Escreva com letra de fôrma

NOME:

ENDEREÇO:

CIDADE/ESTADO/ZIP:

Telefone durante o dia:

Data de nascimento: (MM/DD/YYYY): Sexo: F M

Você tem doença renal em estágio terminal (DRT)? Sim Não

Número de ID do MassHealth:

Número do Medicare (encontrado no seu cartão vermelho, branco e azul do Medicare):

Outra cobertura de plano de saúde

Algumas pessoas possuem outros seguros de saúde ou cobertura para medicamentos por meio de seguros privados, TRICARE, empregadores, sindicatos, Veterans Affairs ou do Programa de Assistência Farmacêutica do Estado de Massachusetts.

Você tem outra cobertura de saúde além do MassHealth e do Medicare? Sim Não

Se Sim, preencha as informações abaixo.

Nome do seu plano (e empregador, se aplicável):

Número do grupo: Número de ID:

Nome do seu plano (e empregador, se aplicável):

Número do grupo: Número de ID:

Se você tiver outra cobertura de saúde, talvez não consiga se inscrever no One Care.

SUA DECISÃO DE INSCRIÇÃO

Verifique **uma** das caixas abaixo para informar ao MassHealth sua decisão de inscrição.

Tufts Health One Care

Commonwealth Care Alliance (CCA)

UnitedHealthcare Connected

Não quero me inscrever no One Care. (Se você não estiver no One Care, isso significa que continuará recebendo seu atendimento da mesma forma que faz agora; se você estiver atualmente no One Care, retornará para o MassHealth e o Original Medicare.)

Complete a parte da frente e de trás deste formulário e devolva-o para o MassHealth, no envelope fornecido:

Endereço postal:

OU

Número de fax:

Health Insurance Processing Center
ATTN: One Care Enrollment
PO Box 4405
Taunton, MA 02780

(617) 988-8903

Retorne ambas as páginas deste *Formulário de Decisão de Inscrição do One Care* para o MassHealth.

Leia e assine abaixo.

Ao assinar este formulário, você entende o seguinte.

- ▶ Os planos One Care têm contrato com o governo federal e com Massachusetts.
- ▶ Os serviços de saúde que recebo com meu novo plano podem ser diferentes dos serviços que eu tinha antes.
- ▶ Eu devo manter o Medicare Parte A, Parte B e o MassHealth.
- ▶ Posso estar em apenas um plano Medicare por vez.
- ▶ Ao aderir a um plano One Care, encerrarei minha inscrição em outro plano de saúde ou de medicamentos do Medicare.
- ▶ Devo informar ao Medicare e ao MassHealth sobre qualquer cobertura de medicamentos prescritos que eu tenha ou possa vir a ter no futuro.
- ▶ Se eu mudar de endereço, preciso informar ao MassHealth.
- ▶ Como membro de um plano One Care, tenho o direito de apelar se não concordar com as decisões do meu plano One Care sobre pagamentos ou serviços.
- ▶ Os planos do One Care geralmente não cobrem pessoas enquanto estão fora do país.
- ▶ Na data de início da cobertura do meu plano One Care, terei acesso aos meus médicos atuais por 90 dias. Depois de 90 dias, devo obter meu atendimento de saúde dos provedores e farmácias do meu plano One Care, exceto para cuidados de emergência ou necessários com urgência, diálise fora da área ou se eu obtiver a aprovação do meu plano One Care para consultar outros provedores, em algumas circunstâncias. Meu plano One Care me ajudará a encontrar novos provedores, se eu precisar.
- ▶ Se eu precisar consultar um médico ou outro prestador que não esteja no meu plano One Care, talvez eu precise de autorização prévia ou talvez precise pagar do meu próprio bolso pelos serviços que receber.
- ▶ Entendo que, se um agente de vendas empregado pelo plano One Care me ajudar a me inscrever, essa pessoa poderá ser paga pelo plano One Care.
- ▶ Ao aderir a um plano One Care, sei que o plano One Care pode compartilhar minhas informações com o Medicare, o MassHealth e outros planos conforme necessário para tratamentos, pagamentos e atendimentos de saúde.
- ▶ Entendo que medicamentos prescritos estão cobertos, mas nem sempre são os mesmos que já estou tomando. Entendo que terei acesso aos meus medicamentos atuais por pelo menos 30 dias, até que eu possa mudar para um medicamento diferente.
- ▶ Sei que meu plano One Care pode compartilhar minhas informações com o Medicare e o MassHealth, incluindo minhas informações sobre medicamentos prescritos. Eles podem liberá-lo para pesquisa e outros propósitos, conforme permitido por estatutos e regulamentos federais ou estaduais.
- ▶ Pelo que eu saiba, as informações contidas neste formulário estão corretas. Entendo que, se eu fornecer intencionalmente informações falsas neste formulário, minha inscrição no plano One Care será cancelada.
- ▶ Minha assinatura (ou a assinatura de meu representante autorizado) neste formulário significa que eu li e entendi este formulário. Se um representante autorizado assinar, a assinatura da pessoa significa que está autorizada, de acordo com a lei estadual, a completar esta inscrição, e a documentação dessa autorização está disponível mediante solicitação ao Medicare e/ou MassHealth.

Sua assinatura: **Data:**

Se você for o representante autorizado, forneça as seguintes informações e assine e insira a data abaixo.

Nome (em letra de fôrma): Assinatura:

Endereço: Número de telefone:

Parentesco com a pessoa inscrita: Data de hoje:

Retorne ambas as páginas deste *Formulário de Decisão de Inscrição do One Care* para o MassHealth.