

填写“ONE CARE 注册决定表”的说明

重要事项！

“One Care 注册决定表”要求您决定是否要通过 One Care 计划获得 MassHealth 和 Medicare 保险。在决定 One Care 是否适合您之前，您有权提出问题。如果您参加 One Care 计划，您将保留 Medicare 和 MassHealth 福利。

如《One Care 注册指南》中所述，One Care 计划将承保您的所有 Medicare、MassHealth 和处方药福利，包括 Medicare Part D。One Care 计划还将提供护理协调和社区服务。《One Care 注册指南》可从以下 One Care 网站下载：www.mass.gov/one-care

如需了解更多信息：

- ▶ 访问 One Care 网站：www.mass.gov/one-care
- ▶ 访问 One Care 计划的网站：
 - ◆ Commonwealth Care Alliance: www.commonwealthonecare.org
 - ◆ Tufts Health One Care: <https://tuftshealthplan.com/member/tufts-health-one-care>
 - ◆ UnitedHealthcare Connected: www.uhccommunityplan.com/ma

您可以通过填写本“One Care 注册决定表”告诉我们您是否想要参加 One Care
请使用本表：

- ▶ 登记参加一项新 One Care 计划。
- ▶ 从您现在的 One Care 计划转至另一项 One Care 计划(如提供)。
- ▶ 决定不再注册参加 One Care。您在 One Care 的保险将在当月最后一天终止。
- ▶ 重要事项：如果您收到 MassHealth 的信函，通知您已注册参加一项 One Care 计划，您也可以使用本表选择另一项计划，或告诉我们您不想注册参加 One Care。从收到第一封信函的日期起，您有 60 天的时间填写本表，并做出其他选择，然后您的 One Care 注册才会生效。

如何填写“ONE CARE 注册决定表”

如需参加 One Care 或更改 One Care 计划：

勾选您想要参加的 One Care 计划旁的方框。

- ▶ 重要事项：您只能选择一项您所在县的 One Care 计划。
- ▶ 如需了解您所在县有哪些计划，请查看以下 One Care 网站上的“One Care 计划”页面：
www.mass.gov/one-care。

或者

如果您不想参加 One Care：

勾选“我不想登记参加 One Care”旁的方框。

- ▶ 如果您勾选本方框，您不会参加 One Care 计划，您将继续以与现在相同的方式获得护理。
- ▶ 如果您勾选本方框，您会注册参加一项 One Care 计划，您将返回 MassHealth 和 Original Medicare。

如果您有问题，请电洽 MassHealth 客户服务中心(星期一至星期五上午 8 时至下午 5 时有人接听电话)：
(800) 841-2900, TDD/TTY: 711。

如果您需要特殊便利设施才能与我们沟通，您可以联系 MassHealth 客户服务中心或 MassHealth 残障便利设施监察员，电话 (617) 847-3468 或 TTY: (617) 847-3788。

此类信息亦可在以下网站获取：www.mass.gov/one-care

ONE CARE 注册决定表

请用大写字母填写您的：

姓名：

地址：

城市/州/邮编：

日间电话号码：

出生日期(月/日/年)： 性别：☐ 女 ☐ 男

您是否患有终末期肾病(ESRD)？ ☐ 是 ☐ 否

MassHealth ID 号码：

Medicare 号码(在您的红白蓝 Medicare 卡上)：

其他医疗保险

有些人通过私人保险、TRICARE、雇主、工会、退伍军人事务部或州立药物援助计划获得其他医疗保险或药物保险。

除 MassHealth 和 Medicare 外，您还有其他医疗保险吗？ ☐ 是 ☐ 否

如果回答“是”，请填写以下信息。

您的计划名称(以及雇主(如适用))：

团体号码： ID 号码：

您的计划名称(以及雇主(如适用))：

团体号码： ID 号码：

如果您有其他医疗保险，您可能无法登记参加 One Care。

您的注册决定

请勾选以下一个方框，通知 MassHealth 您的注册决定。

☐ Tufts Health One Care

☐ Commonwealth Care Alliance (CCA)

☐ UnitedHealthcare Connected

☐ 我不想登记参加 One Care。(如果您不参加 One Care，则意味着您将继续以与现在相同的方式获得护理；如果您目前参加了 One Care，则将返回 MassHealth 和 Original Medicare。)

请填写本表的正面和背面，并将其放入随附的信封中送回给 MassHealth：

邮寄地址：

或者

传真号码：

Health Insurance Processing Center

(617) 988-8903

ATTN: One Care Enrollment

PO Box 4405

Taunton, MA 02780

请将本“One Care 注册决定表”的两页均送回给 MassHealth。

请阅读并在下方签名。

当您签署本表后,则表示您理解以下内容。

- ▶ One Care 计划与联邦政府和马萨诸塞州签署了合同。
- ▶ 我通过新计划接受的保健服务可能与我以前获得的服务不同。
- ▶ 我必须保留 Medicare Part A、Part B 和 MassHealth。
- ▶ 我一次只能参加一项 Medicare 计划。
- ▶ 通过参加一项 One Care 计划,我将终止我注册参加另一项 Medicare 保健或处方药计划。
- ▶ 我必须通知 Medicare 和 MassHealth 我拥有或将来可能获得的任何处方药保险。
- ▶ 如果我搬家,我需要通知 MassHealth。
- ▶ 作为 One Care 计划会员,如果我不同意我的 One Care 计划关于付款或服务的决定,我有权提出上诉。
- ▶ One Care 计划通常不为出国的人提供承保。
- ▶ 在我的 One Care 计划保险开始之日,我将可以在 90 天内继续在我目前的医生处就诊。90 天后,我必须从我的 One Care 计划的服务提供者和药房接受医疗保健服务,急诊或紧急需求护理、区域外透析或在某些情况下获得我的 One Care 计划的批准去其他服务提供者处就诊除外。如果需要,我的 One Care 计划将帮助我查找新的服务提供者。
- ▶ 如果我需要在我的 One Care 计划外的医生或其他服务提供者处就诊,我可能需要获得事先授权,否则我可能必须为接受的服务自付费用。
- ▶ 我理解,如果 One Care 计划聘用的销售代理帮助我注册,One Care 计划可能会向该人士付款。
- ▶ 通过参加 One Care 计划,我知道 One Care 计划可能会根据需要进行与 Medicare、MassHealth 和其他计划分享我的信息,以便进行治疗、付款和医疗保健运营。
- ▶ 我理解处方药享受承保,但并不总是与我正在服用的药物相同。我理解,在换用其他药物之前,我至少可以在 30 天内仍然配取我目前服用的药物。
- ▶ 我知道我的 One Care 计划可能会与 Medicare 和 MassHealth 分享我的信息,包括我的处方药信息。他们可能会根据联邦或州法令和法规将这些信息用于研究和其他目的。
- ▶ 据我所知,本表中的信息准确无误。我理解,如果我故意在本表中提供虚假信息,我将被取消 One Care 计划的注册资格。
- ▶ 我在本表中的签名(或我的经授权代表的签名)表示我已阅读并理解本表。如果经授权代表签名,则该人士的签名表示他/她根据州法律被授权完成本注册,并且可以应 Medicare 和/或 MassHealth 的请求提供本授权文件。

您的签名: **日期:**

如果您是经授权代表,则必须提供以下信息,并在下方签名并注明日期。

姓名(请用大写字母填写): 签名:

地址: 电话号码:

与注册人的关系: 今天的日期:

请将本“One Care 注册决定表”的两页均送回给 MassHealth。