



FORMULARIO DE SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN INDIVIDUAL

COMPLETE ESTE FORMULARIO Y ENVÍELO POR CORREO A:

Ohio Medicaid Consumer Hotline

505 South High Street, Suite 200

Columbus, Ohio 43215

o mándelo por **FAX AL:** (614) 280-0977

¿TIENE PREGUNTAS? Llame al (800) 324-8680

Para inscribirse en un plan MyCare Ohio, debe tener **Medicare Parte A (seguro hospitalario)**, **Medicare Parte B (seguro médico)** y **Medicaid de Ohio**

1. Elija el plan de Medicaid en el que desea inscribirse:

[Marque la casilla junto al plan en el que desea inscribirse].

Anthem BCBS CareSource Molina

2. Su información

[Complete los siguientes campos. Asegúrese de escribir claramente en letra de imprenta].

Su nombre [primer nombre, segundo nombre, apellido]			
Número de teléfono:	Segundo número de teléfono:	Dirección de correo electrónico:	
Dirección:			
Ciudad:	Estado:	Código postal:	Condado:
Nombre del contacto de emergencia:		Número de teléfono de contacto en caso de emergencia:	
Número de facturación de Medicaid		Número de caso	

3. Díganos dónde recibe habitualmente los servicios médicos:

[Escriba claramente en letra de imprenta].

Nombre del proveedor de atención primaria, clínica o centro de salud

Número de teléfono del proveedor de atención primaria:

4. Si desea que su plan MyCare cubra tanto sus servicios de Medicare como los de Medicaid, póngase en contacto directamente con los planes en los números que se indican a continuación.

Anthem Blue Cross y Blue Shield: 1-833-727-2169

CareSource: 1-844-607-2830

Molina Healthcare of Ohio: 1-844-293-2891

5. Para obtener más información

- Si tiene preguntas sobre Medicare, puede llamar al **800-MEDICARE (800-633-4227)** las 24 horas del día, los siete días de la semana o visitar <http://www.medicare.gov>. Los usuarios de TTY deben llamar al 877-486-2048.
- La Oficina del Defensor del Pueblo Estatal para Cuidados a Largo Plazo defiende a los consumidores que reciben servicios y ayudas a largo plazo. Los afiliados a MyCare Ohio pueden solicitar ayuda sobre cualquier aspecto de la asistencia a través del Defensor del Pueblo de MyCare Ohio. Hay ayuda disponible para recabar información sobre sus opciones, proteger sus derechos y presentar quejas o recursos ante cualquier plan de salud. Póngase en contacto con un defensor del pueblo llamando al **800-282-1206** (TTY Ohio Relay Service: 800-750-0750), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m. También puede ponerse en contacto con un defensor del pueblo enviando un correo electrónico a MyCareOmbudsman@age.ohio.gov.

El Programa de Información sobre Seguros Sanitarios para Mayores de Ohio (Ohio Senior Health Insurance Information Program, OSHIIP) proporciona información gratuita y objetiva sobre los planes de Medicare que tiene a su disposición. Póngase en contacto con el OSHIIP llamando al **(800) 686-1578**, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m. También puede ponerse en contacto con el OSHIIP enviando un correo electrónico a OSHIIPmail@insurance.ohio.gov

6. **Lea y firme a continuación.**

Al firmar este formulario, significa que comprende lo siguiente:

- | | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none">• Los planes MyCare Ohio tienen un contrato con el gobierno federal y con Ohio.• Los servicios médicos que reciba con su nuevo plan pueden ser diferentes de los que tenía antes.• Debo conservar la Parte A, la Parte B y Ohio Medicaid.• Solo puedo estar afiliado a un plan de Medicare a la vez.• Debo informar a Medicare y Ohio Medicaid sobre cualquier cobertura de medicamentos recetados que tenga o pueda obtener en el futuro.• Si me mudo, tengo que informárselo al asistente social del condado.• Como afiliado a MyCare Ohio, tengo derecho a apelar si no estoy de acuerdo con las decisiones de mi plan sobre pagos o servicios.• Entiendo que el manual para afiliados de mi plan MyCare Ohio incluye las normas que debo cumplir.• MyCare Ohio no suele cubrir a las personas mientras están fuera del estado, pero puede haber alguna cobertura limitada al otro lado de la frontera del estado de Ohio.• A partir de la fecha de inicio de mi cobertura, debo recibir atención médica de los proveedores de mi plan, salvo en caso de urgencia o emergencia.• Mi plan cubrirá mi atención médica con los proveedores de su red y otros proveedores, tal y como se indica en su manual para afiliados. | <ul style="list-style-type: none">• Al inscribirme en un plan MyCare Ohio, sé que mi plan puede compartir mi información con Medicare y Medicaid de Ohio y otros planes según sea necesario para el tratamiento, pago y operaciones de atención médica.• Tengo entendido que los medicamentos recetados están cubiertos, pero no siempre los mismos que ya estoy tomando. Entiendo que tendré acceso a mis medicamentos actuales durante al menos 30 días, hasta que pueda cambiar de medicamento.• Sé que mi plan MyCare Ohio puede compartir mi información, incluidos los datos sobre mis recetas médicas, con Medicare y Ohio Medicaid. Pueden divulgarla con fines de investigación y de otro tipo, según lo permitan las leyes y reglamentos federales.• La información que figura 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 MyCare Ohio.• Mi firma (o la firma de mi representante autorizado) en este formulario significa que lo he leído y comprendido. Si firma un representante autorizado, la firma de la persona significa que él o ella está autorizado bajo la ley estatal para completar esta inscripción, y la documentación de esta autoridad está disponible a petición de Medicare y/o Ohio Medicaid. |
|---|---|

Su firma: _____

Fecha: _____

Puede enviar este formulario por correo a:

Ohio Medicaid Consumer Hotline
505 South High Street, Suite 200
Columbus, Ohio 43215

Información sobre su representante autorizado, si corresponde:

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

Nombre: _____
[en letra de imprenta]

Firma: _____

Fecha: _____

Dirección: _____

Número de teléfono: _____

Relación con la persona con Medicare y Medicaid: _____

Para recibir más información o si tiene alguna pregunta, llame a la Línea directa para el consumidor de Medicaid de Ohio, al (800) 324-8680, de lunes a viernes, de 7 a. m. a 8 p. m. y los sábados, de 8 a. m. a 5 p. m., o visite www.ohiomh.com.