



Connecting Medicare + Medicaid

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 **FAX A:** (614) 280-0977

¿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

Su información

Por favor, rellene los espacios a continuación. Asegúrese de imprimir claramente.

Tu nombre [Nombre, segundo y apellido]		
Numero de telefono:	segundo numero de telefono:	Dirección de correo electrónico:
Domicilio:		

Ciudad:	Estado:	Código postal:	Condado:
Nombre del contacto de emergencia:		Número de teléfono de contacto de emergencia:	
Número de facturación de Medicaid		Número de caso	

2. Díganos dónde suele recibir servicios de salud:

(Por favor, escriba claramente)

Nombre del proveedor de atención primaria, clínica o centro de salud
Número de teléfono del proveedor de atención primaria:

3. Si desea que su plan MyCare cubra sus servicios de Medicare y Medicaid, comuníquese directamente con los planes a los números que se enumeran a continuación.

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

CareSource: 1-844-607-2830

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

4. 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 de Atención a Largo Plazo del Estado aboga por que los consumidores reciban servicios y apoyo a largo plazo. Para los miembros de MyCare Ohio, la ayuda con inquietudes sobre cualquier aspecto de la atención está disponible a través del Defensor del Pueblo de MyCare Ohio. Hay ayuda disponible para recopilar información sobre sus opciones, proteger los derechos y presentar quejas o apelaciones ante cualquier

plan de salud. Comuníquese 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 comunicarse con un defensor del pueblo enviando un correo electrónico a MyCareOmbudsman@age.ohio.gov.

- El Programa de Información sobre Seguros de Salud para Personas Mayores de Ohio (OSHIP) proporciona información gratuita y objetiva sobre los planes de Medicare disponibles para usted. Comuníquese con OSHIP llamando al (800) 686-1578, de lunes a viernes de 8 a.m. a 5 p.m. También puede comunicarse con OSHIP enviando un correo electrónico a OSHIPmail@insurance.ohio.gov.

5. Lea y firme a continuación.

Cuando firma este formulario, significa que comprende lo siguiente:

- Los planes MyCare Ohio tienen un contrato con el gobierno federal y con Ohio.
- Los servicios de salud que recibe con su nuevo plan pueden ser diferentes a los servicios que tenía antes.
- Debo conservar la Parte A, la Parte B y Medicaid de Ohio.
- Solo puedo estar en un plan de Medicare a la vez.
- Debo informar a Medicare y Medicaid de Ohio sobre cualquier cobertura de medicamentos recetados que tenga o pueda obtener en el futuro.
- Si me mudo, debo decírselo a mi trabajador social del condado.
- Como miembro de MyCare Ohio, tengo derecho a apelar si no estoy de acuerdo con las decisiones de mi plan sobre el pago o los servicios.
- Entiendo que el manual para miembros de mi plan

- MyCare Ohio incluye las reglas que debo seguir.
- MyCare Ohio generalmente no cubre a las personas mientras están fuera del estado, pero puede haber una cobertura limitada al otro lado de la frontera del estado de Ohio.
 - En la fecha en que comienza mi cobertura, debo recibir mi atención médica de los proveedores de mi plan, excepto para atención de emergencia o urgente.
 - Mi plan cubrirá mi atención médica con sus proveedores de la red y otros proveedores como se describe en su manual para miembros.
 - Al inscribirme en un plan MyCare Ohio, sé que mi plan puede compartir mi información con Medicare y Ohio Medicaid y otros planes según sea necesario para el tratamiento, el pago y las operaciones de atención

médica.

- Entiendo 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 a un medicamento diferente.
- Sé que mi plan MyCare Ohio puede compartir mi información, incluidos los datos de eventos de mis medicamentos recetados, con Medicare y Medicaid de Ohio. Pueden divulgarlo para investigación y otros fines, según lo permitan los estatutos y regulaciones federales.

- La información en este formulario es correcta a mi leal saber y entender. Entiendo que si proporciono intencionalmente información falsa en este formulario, se cancelará mi inscripción en MyCare Ohio.
- Mi firma (o la firma de mi representante autorizado) en este formulario significa que he leído y entendido este formulario. Si un autorizado la firma del representante significa que está autorizada por la ley estatal para completar esta inscripción, y la documentación de esta autoridad está disponible a pedido de Medicare y/o Medicaid de Ohio.

Su firma: _____ Fecha: _____

Puede enviar este formulario por correo a:

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

Información sobre su representante autorizado, si corresponde:

Nombre: _____

Firma: _____

Fecha: _____

Dirección: _____

Número de teléfono: _____

Relación con la persona con Medicare y Medicaid:

Si necesita más información, tiene preguntas o necesita ayuda con este formulario, como la traducción, llame a la línea directa para consumidores de Medicaid de Ohio al (800) 324-8680, de lunes a viernes de 7:00 a. m. a 8:00 p. m. y los sábados de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., o visite www.ohiomh.com.