

¿Quién puede utilizar este formulario?

Personas con Medicare que desean inscribirse en CareSource® MyCare Ohio (HMO D-SNP).

Para inscribirse en un plan, debe cumplir con lo siguiente:

- Ser ciudadano de los Estados Unidos o residir legalmente en el país.
- Vivir en el área de servicio del plan.

Importante: Para inscribirse en CareSource® MyCare Ohio (HMO D-SNP), también debe contar con lo siguiente:

- Medicare Parte A (seguro hospitalario)
- Medicare Parte B (seguro médico)

¿Cuándo utilizo este formulario?

Puede inscribirse en un plan en los siguientes momentos:

- Entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre de cada año (para que la cobertura comience el 1 de enero).
- Dentro de los 3 meses siguientes a la fecha en que obtiene Medicare por primera vez.
- En determinadas situaciones en las que se le permite inscribirse o cambiar de plan.

Visite Medicare.gov para obtener más información sobre cuándo puede inscribirse en un plan.

¿Qué necesito para completar este formulario?

- Su número de Medicare (el número que aparece en su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare).
- Su dirección permanente y número de teléfono.

Nota: Debe completar todos los campos de la Sección 1. Los campos de la Sección 2 son opcionales; no se le puede denegar la cobertura por no completarlos.

De acuerdo con la Ley de Reducción de Papeleo (Paperwork Reduction Act, PRA) de 1995, ninguna persona está obligada a responder a una recopilación de información, a menos que exhiba un número de control válido de la Oficina de Administración y Presupuesto (Office of Management and Budget, OMB). El número de control válido de la OMB para esta recopilación de información es 0938-1378. Se estima que el tiempo necesario para completar esta información es de 20 minutos en promedio por respuesta, incluido el tiempo para revisar las instrucciones, buscar recursos de datos existentes, reunir los datos necesarios y completar y revisar la recopilación de información. Si tiene comentarios relacionados con la precisión del tiempo estimado o sugerencias para mejorar este formulario, escriba a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

IMPORTANTE

No envíe este formulario ni ningún material que contenga su información personal (como reclamaciones, pagos, expedientes médicos, etc.) a la Oficina de Autorización de Informes de PRA. Todo artículo que recibamos que no tenga que ver con sugerencias de mejora de este formulario o su carga de recopilación (descrita en OMB 0938-1378) será destruido. No se guardará, revisará ni remitirá al plan. Consulte “¿Qué sucede a continuación?” en esta página para enviar su formulario completo al plan.

Recordatorios:

- Si desea inscribirse en un plan durante el período de inscripción abierta de otoño (del 15 de octubre al 7 de diciembre), el plan debe recibir su formulario completo antes del 7 de diciembre.
- Su plan le enviará una factura por la prima del plan. Puede optar por inscribirse para que los pagos de las primas se deduzcan de su cuenta bancaria o de su beneficio mensual del Seguro Social (o de la Junta de Jubilación para Ferroviarios).

¿Qué sucede a continuación?

Envíe su formulario completo y firmado a la siguiente dirección:

CareSource Enrollment
P.O. Box 1294
Dayton, OH 45401-9903

Una vez que procesen su solicitud de inscripción, se comunicarán con usted.

¿Cómo puedo obtener ayuda con este formulario?

Llame a CareSource al **1-844-607-2830**

Los usuarios de TTY deben llamar al **1-833-711-4711 o 711**.

O bien, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

En español: Llame a CareSource al **1-844-607-2830 (TTY: 1-833-711-4711 o 711)** o a Medicare gratis al 1-800-633-4227 y oprima el 8 para asistencia en español y un representante estará disponible para asistirle.

Personas sin hogar

Si desea inscribirse en un plan, pero no tiene residencia permanente, un apartado postal, una dirección de un refugio o clínica o la dirección donde recibe correo (por ejemplo, cheques del Seguro Social) pueden considerarse su dirección de residencia permanente.

Sección 1: todos los campos de esta página son obligatorios
(a menos que estén marcados como opcionales).

Elija el plan en el que desea inscribirse:

☐ CareSource® MyCare Ohio (HMO D-SNP)

Nombre:

Apellido:

Opcional: Inicial del segundo nombre:

Fecha de nacimiento:
(MM/DD/AAAA)
(/ /)

Sexo:
☐ Masculino ☐ Femenino

Número de teléfono:
()

Dirección de residencia permanente (no ingrese un apartado postal. Nota: En el caso de las personas sin hogar, un apartado postal puede considerarse su dirección de residencia permanente):

Ciudad:

Opcional: Condado:

Estado:

Código postal:

Dirección de envío, si es diferente de su dirección permanente (se permiten apartados postales):
Dirección:

Ciudad:

Estado:

Código postal:

Su información de Medicare:

Número de Medicare: - -

Su información de Medicaid:

Los planes para Necesidades Especiales con Doble Elegibilidad (Dual Eligible Special Needs, D-SNP) están destinados a quienes califican para Medicare y Medicaid. Al inscribirse en este plan, comprende que debe permanecer inscrito en el programa estatal de Medicaid a fin de seguir siendo elegible para este plan.

1) ¿Está inscrito en el programa de Medicaid de su estado? ☐ Sí ☐ No

2) En caso afirmativo, facilite su número de identificación de Medicaid: _____

Responda estas preguntas importantes:

¿Tendrá otra cobertura de medicamentos con receta (como VA, TRICARE) además de CareSource?

☐ Sí ☐ No

Nombre de la otra cobertura:	Número de afiliado para esta cobertura:	Número de grupo para esta cobertura:
------------------------------	---	--------------------------------------

Sección 2: todos los campos de esta página son opcionales

Usted elige si quiere responder estas preguntas. No se le puede denegar la cobertura por no responderlas.

Seleccione una opción si quiere que le enviemos información en un idioma distinto del inglés.

☐ Español

Seleccione una opción si quiere que le enviemos información en un formato accesible.

☐ Braille ☐ Letra grande ☐ CD de audio ☐ CD de datos

Si necesita información en otro formato distinto a los antes indicados, póngase en contacto con CareSource al **1-855-475-3163**. Nuestro horario de atención del consultorio es de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. y del 1.º de octubre al 31 de marzo abrimos los siete días de la semana en el mismo horario. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-833-711-4711**.

¿Trabaja? ☐ Sí ☐ No

¿Su cónyuge trabaja? ☐ Sí ☐ No

Indique su médico de atención primaria (Primary Care Physician, PCP), clínica o centro de salud:

Deseo recibir los siguientes materiales mediante correo electrónico. Seleccione una o más opciones.

☐ Paquete de preinscripción para 2027 de CareSource® MyCare Ohio (HMO D-SNP)

Dirección de correo electrónico: _____

Solo para personas que ayuden al inscrito a completar este formulario.

Complete esta sección si es una persona (es decir, un agente, corredor, asesor del Programa Estatal de Asistencia sobre Seguro Médico [State Health Insurance Assistance Program, SHIP], familiar u otra persona) que está ayudando a un inscrito a completar el formulario.

Nombre:

Relación con el inscrito:

Firma:

Número de matrícula nacional (solo agentes/
corredores)

IMPORTANTE: Lea la siguiente información y firme abajo.

- Debo mantener tanto la cobertura hospitalaria (Parte A) como la médica (Parte B) para permanecer en CareSource.
- Al inscribirme en Medicare Advantage, reconozco que CareSource compartirá mi información con Medicare, que podrá usarla para rastrear mi inscripción, realizar pagos y para otros fines permitidos por la ley federal que autoriza la recopilación de esta información (consulte la Declaración de la Ley de Privacidad a continuación). Las respuestas que dé en este formulario son voluntarias. Sin embargo, si no lo completa, se podría ver afectada la inscripción en el plan.
- Comprendo que solo puedo inscribirme en un plan MA a la vez y que la inscripción en este plan terminará automáticamente mi inscripción en otro plan MA (se aplican excepciones a los planes MA PFFS, MA MSA).
- Comprendo que, cuando comience mi cobertura de CareSource, debo obtener todos mis beneficios médicos y de medicamentos con receta de CareSource. Los beneficios y los servicios proporcionados por CareSource e incluidos en mi documento de "Evidencia de cobertura" de CareSource (también conocido como contrato del afiliado o acuerdo del suscriptor) estarán cubiertos. Ni Medicare ni CareSource pagarán beneficios o servicios que no estén cubiertos.
- Según mi leal saber y entender, la información de este formulario de inscripción es correcta. Entiendo que, si doy información falsa intencionalmente en este formulario, se cancelará mi inscripción en el plan.
- Entiendo que mi firma (o la firma de la persona legalmente autorizada para actuar en mi nombre) en esta solicitud implica que leí y comprendí el contenido de esta solicitud. En caso de que lo firme un representante autorizado (como se describió anteriormente), esa firma certifica lo siguiente:
 - Esta persona está autorizada según las leyes estatales para realizar esta inscripción y,
 - La documentación de esta autoridad se encuentra disponible si Medicare la solicita.

Firma:

Fecha de hoy:

Si usted es el representante autorizado, firme arriba y complete estos campos:

Nombre:

Dirección:

Número de teléfono:

Relación con el inscrito:

DECLARACIÓN DE LA LEY DE PRIVACIDAD

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS) recopilan información de los planes de Medicare para realizar un seguimiento de la inscripción de los beneficiarios en los planes Medicare Advantage (MA), mejorar la atención y para el pago de los beneficios de Medicare. La sección 1851 de la Ley de Seguridad Social y las secciones 422.50 y 422.60 del título 42 del Código de Reglamentos Federales (Code of Federal Regulations, CFR) autorizan la recopilación de esta información. Los CMS pueden usar, divulgar e intercambiar datos de inscripción de los beneficiarios de Medicare, según esté especificado en el Aviso del Sistema de Registros (System of Records Notice, SORN) "Medicamentos con receta de Medicare Advantage (Medicare Advantage Prescription Drug, MARx)", Sistema N.º 09-70-0588. Las respuestas que dé en este formulario son voluntarias. Sin embargo, si no lo completa, se podría ver afectada la inscripción en el plan.