



FORMULARIO DE SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN INDIVIDUAL

COMPLETE ESTE FORMULARIO Y CORREO A:
Línea directa para el consumidor de Medicaid de Ohio
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 de hospital), Medicare Parte B (seguro médico) y Ohio Medicaid**

1. Elija el plan Medicare-Medicaid en el que desea inscribirse:

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

Buckeye CareSource United

2. Tu información

[Por favor, rellene los espacios de abajo. Asegúrese de imprimir con claridad.]

Tu nombre [primero, medio, ultimo]			
Número de teléfono:	Segundo número de teléfono:	Dirección de correo electrónico:	
Dirección de casa:			
Ciudad:	Estado:	Código postal:	Condado:
Nombre del contacto de emergencia:		Número de teléfono de contacto de emergencia:	

3. Díganos dónde recibe habitualmente los servicios de salud:

[Por favor imprime claramente.]

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

4. Cuéntenos sobre su cobertura de Medicare y Medicaid:

Complete su información de Medicare y Medicaid a continuación. Puede encontrar esta información en su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare, o en un aviso del Seguro Social o de la Junta de Retiro Ferroviario. Además, ponga su número de identificación de Medicaid tal como aparece en el frente de su tarjeta.

Tarjeta Medicare	
Nombre:	_____
Numero de Medicare	_____
Tiene derecho a	Fecha Efectiva [MM-DD-YYYY]
HOSPITAL (Parte A)	_____
HOSPITAL (Parte B)	_____

Tarjeta Ohio Medicaid	
Nombre:	_____
Número de identificación de Medicaid:	_____

5. Díganos cómo quiere recibir su atención

- Quiero MyCare Ohio provea **AMBOS** mis servicios Medicaid y Medicare.
- Quiero MyCare Ohio provea mis servicios de Medicaid **SOLAMENTE.**

6. Por favor lea y firme abajo

Cuando firma este formulario, significa que comprende lo siguiente:

- | | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none">a. Los planes de MyCare Ohio tienen un contrato con el gobierno federal y con Ohio.b. Los servicios de salud que obtiene con su nuevo plan pueden ser diferentes a los servicios que tenía antes.c. Debo conservar la Parte A, la Parte B y el Medicaid de Ohio.d. Solo puedo estar en un plan de Medicare a la veze. Al inscribirme en MyCare Ohio, finalizaré mi inscripción en otro plan de salud o de medicamentos recetados de Medicare.f. Debo informar a Medicare y al Medicaid de Ohio sobre cualquier cobertura de medicamentos recetados que tenga o pueda tener.g. Si me mudo, necesito avisarle a mi asistente social del condado.h. Como miembro de MyCare Ohio, tengo derecho a apelar si no estoy de acuerdo con las decisiones de mi plan sobre pagos o servicios.i. Entiendo que el manual para miembros de mi plan MyCare Ohio incluye las reglas que debo seguir.j. MyCare Ohio generalmente no cubre a las personas mientras están fuera del estado, pero puede haber alguna cobertura limitada en la frontera del estado de Ohio.k. En la fecha en que comience mi cobertura, debo obtener mi atención médica de los proveedores de mi plan, excepto para atención de emergencia o de urgencia.l. Mi plan cubrirá mi atención médica con sus proveedores de la red y otros proveedores como se describe en su manual para miembros | <ul style="list-style-type: none">m. Si necesito ver a un proveedor u otro proveedor que no esté en la red de mi plan, es posible que necesite una autorización previa o que tenga que pagar de mi bolsillo los servicios que recibo.n. 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 médicao. Entiendo que los medicamentos recetados están cubiertos, pero no siempre los mismos que ya estoy tomando. Comprendo que tendré acceso a mis medicamentos actuales durante al menos 30 días, hasta que pueda cambiar a un medicamento diferente.p. Sé que mi plan MyCare Ohio puede compartir mi información, incluidos mis datos de eventos de medicamentos recetados, con Medicare y Ohio Medicaid. Pueden liberarlo para fines de investigación y otros propósitos, según lo permiten los estatutos y reglamentos federales.q. La información en este formulario es correcta a mi leal saber y entender. Entiendo que si proporciono intencionalmente información falsa en este formulario, se me dará de baja de MyCare Ohio.r. Mi firma (o la firma de mi representante autorizado) en este formulario significa que he leído y comprendido este formulario. Si el representante autorizado firma, la firma de la persona significa que él o ella está autorizado por la ley estatal para completar esta inscripción, y la documentación de esta autoridad está disponible a solicitud de Medicare y / o Medicaid de Ohio. |
|--|--|

Firma: _____

Fecha: _____

Información acerca de su representante autorizado, en su caso

Si usted es el representante autorizado, debe proporcionar la siguiente información, firma y fecha a

Nombre: _____

Firma: _____

Fecha: _____

Dirección: _____

Número de teléfono: _____

Relación a persona con Medicare y Medicaid: _____

Si necesita más información, tiene preguntas o necesita ayuda con este formulario, como una traducción, llame a la línea directa para el consumidor de Ohio Medicaid 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.

Aviso de no discriminación

El Departamento de Medicaid de Ohio cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. El Departamento de Medicaid de Ohio no excluye a las personas ni las trata de manera diferente debido a su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

El Departamento de Medicaid de Ohio:

Proporciona ayudas y servicios gratuitos a las personas con discapacidades para comunicarse de manera efectiva con nosotros, como:

- Intérpretes de lenguaje de señas cualificados.
- Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)
- Proporciona servicios de idiomas gratuitos a las personas cuyo idioma principal no es el inglés, como:
 - Intérpretes cualificados
 - Información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios, comuníquese con la línea directa para el consumidor de Medicaid de Ohio al 800-324-8680.

Si cree que el Departamento de Medicaid de Ohio no ha brindado estos servicios o ha discriminado de otra manera por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar un reclamo ante

Ohio Department of Medicaid
P.O. Box 182709
Columbus, Ohio 43218-2709
614-466-4693

También puede presentar una queja de derechos civiles ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU., Oficina de Derechos Civiles, electrónicamente a través del Portal de Quejas de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/smartscreen/main.jsf> o por correo o por teléfono a: Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos 200 Independence Avenue SW. Sala 509F, edificio HHH Washington, DC 20201 1-800-368-1019, (TDD: 1-800-537-7697).

Los formularios de quejas están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>

English: ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-800-324-8680.

Spanish: ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-800-324-8680.

Chinese: 注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請電 1-800-324-8680。

German: ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 1-800-324-8680.

Arabic: اذانتك ثدحتت ركذا ةغلا، نإف تامدخ ةدعاسملا ةيوغلا رفاوتت كل ناجملا ب . لصتا مقرب . 1-800-324-8680.

Pennsylvanian Dutch: Wann du Deitsch (Pennsylvania Dutch) schwetzscht, kannscht du mitaus Koschte ebber gricke, ass dihr helft mit die englisch Schprooch. Ruf selli Nummer uff: 1-800-324-8680.

Russian: ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-800-324-8680.

French: ATTENTION: Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-800-324-8680.

Vietnamese: CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-800-324-8680.

Cushite (Oromo): XIYYEEFFANNAA: Afaan dubbattan Oroomiffa yoo ta'e tajaajila gargaarsa afaanii, kanfaltiidhaan ala, ni argattu. Bilbilaa 1-800-324-8680.

Korean: 주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-800-324-8680 번으로 전화해 주십시오.

Italian: ATTENZIONE: In caso la lingua parlata sia l'italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Chiamare il numero 1-800-324-8680.

Japanese: 注意事項：日本語を話される場合、無料の通訳サービスをご利用いただけます。1-800-324-8680まで、お電話にてご連絡ください

Dutch: AANDACHT: Als u Nederlands spreekt, kunt u gratis gebruikmaken van de taalkundige diensten. Bel 1-800-324-8680.

Ukrainian: УВАГА! Якщо ви розмовляєте українською мовою, ви можете звернутися до безкоштовної служби мовної підтримки. Телефонуйте за номером 1-800-324-8680.

Romanian: ATENȚIE: Dacă vorbiți limba română, vă stau la dispoziție servicii de asistență lingvistică, gratuit. Sunați la 1-800-324-8680.

Somali: OGAYSIIIN: Haddii aad ku hadasho Soomali, adeegyada gargaarka luqada, oo bilaasha , ayaad heli kartaa. Wac 1-800-324-8680.

Nepali: ध्यान दिनुहोस्: यदि तपाईंले नेपाली बोल्नुहुन्छ भने तपाईंको निम्ति भाषा सहायता सेवाहरू निःशुल्क रूपमा उपलब्ध छन् । 1-800-324-8680 मा फोन गर्नुहोस् ।