

CareAdvantage Cal MediConnect Plan (Medicare-Medicaid Plan) Formulario de solicitud

Para inscribirse en el plan CareAdvantage Cal MediConnect (Plan Medicare-Medicaid), usted debe tener la Parte A y la Parte B de Medicare y Medi-Cal por medio de Health Plan of San Mateo (HPSM). También puede llamar al **1-888-252-3153** para inscribirse en CareAdvantage CMC. La llamada es gratuita.

Proporciónenos información sobre usted:

*Primer nombre Inicial del Segundo Nombre *Apellido

_ m _ m / _ d _ d / _ y _ y _ y _ y Hombre Mujer

*Fecha de nacimiento *Sexo Dirección de email:

(____) _____ - _____ (____) _____ - _____

Número de teléfono Otro número de teléfono

Dirección donde vive:

*Dirección Ciudad Estado Código postal condado (opcional)

Dirección donde recibe el correo (si es diferente de donde vive):

Dirección Ciudad Estado Código postal condado (opcional)

Nombre de contacto en caso de emergencia Teléfono de contacto en caso de emergencia

Si el inglés no es su idioma nativo, puede llamar al **1-888-252-3153** para obtener el formulario en otro idioma. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-800-855-3000** o marcar el **7-1-1** (Servicio de Trasmisión de Mensajes en California).

¿Cuál es el idioma que prefiere usar? (Opcional)

Habla: Inglés Español Tagalo Chino Ruso Otro: _____

Lee: Inglés Español Tagalo Chino Ruso Otro: _____

¿Desea que le enviemos materiales en este idioma? Sí No

¿Desea que le enviemos materiales en otros formatos? (Opcional)

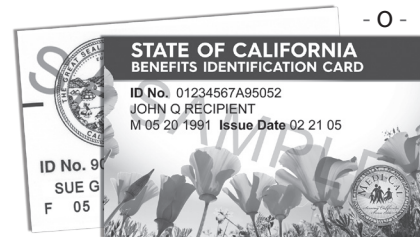
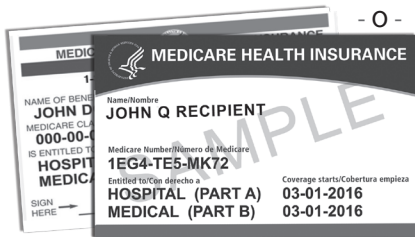
Especifique de qué tipo: Tamaño estándar Letra grande Braille Cinta de audio Otro: _____

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

*Nombre (____) _____ - _____
Número de teléfono

Proporcionémos información acerca de su cobertura de Medicare y Medi-Cal:

Complete su información de Medicare y Medi-Cal a continuación. Puede encontrar esta información en su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare, o en una carta del Seguro Social o de la Junta de Jubilación del Ferrocarril. Además, por favor indique su número de identificación de Medi-Cal tal como aparece en el frente de su tarjeta.



Número de Medicare: _____ N.º de identificación de Medi-Cal del Estado: _____

Otra información personal:

*1. ¿Tiene enfermedad renal en fase terminal (ESRD, por sus siglas en inglés)? Sí No

Si responde "sí", complete la información a continuación:

Nombre del centro: _____ Ciudad: _____

Si responde "sí" y ha tenido un trasplante de riñón con éxito o ya no necesita recibir diálisis regularmente, por favor adjunte una nota de su médico.

*2. ¿Vive usted en un centro de atención médica a largo plazo? Sí No

Si responde "sí", complete la información a continuación:

_____ (_____) _____ - _____
Nombre del centro Número de teléfono

Su cobertura de salud incluyendo su cobertura de medicamentos con receta:

Algunas personas tienen otro seguro médico o cobertura de medicamentos a través de un seguro privado, TRICARE, empleadores, sindicatos, el Departamento de Veteranos o Programas Estatales de Asistencia Farmacéutica.

¿Tiene usted otra cobertura de salud además de Medicare y Medi-Cal? Sí No

*3. Si responde "sí", complete la información a continuación:

	Nombre de su plan (y del empleador, si corresponde)	Número de grupo:	Número de identificación
1			
2			

Si en este momento tiene cobertura de salud a través de un empleador o sindicato u otro seguro de salud privado o público, no podrá inscribirse en CareAdvantage CMC.

Por favor lea y firme al final de la sección

Al firmar este formulario, usted comprende que:

- El plan CareAdvantage Cal MediConnect (Plan Medicare-Medicaid) tiene un contrato con el gobierno federal y con el Estado de California.
- Los servicios de salud que recibe con su nuevo plan pueden ser diferentes de los servicios que tenía antes.
- Debo conservar la Parte A y la Parte B de Medicare y recibir los beneficios de MediCal a través de Health Plan of San Mateo (HPSM).
- Solo puedo estar inscrito en un plan de Medicare a la vez.
- Al inscribirme en CareAdvantage CMC, finalizará mi inscripción en otro plan de salud o de medicamentos con receta de Medicare.
- Debo informar a CareAdvantage CMC sobre cualquier cobertura de medicamentos con receta que tenga o pueda tener en el futuro.

- Si me mudo de domicilio, debo informar a CareAdvantage CMC.
- Como miembro de CareAdvantage CMC, tengo derecho a apelar si no estoy de acuerdo con las decisiones de CareAdvantage CMC sobre pagos o servicios.
- El plan CareAdvantage CMC generalmente no cubre a las personas mientras están fuera del país.
- En la fecha en que comienza la cobertura de CareAdvantage CMC, debo recibir cuidado para mi salud de parte de médicos de CareAdvantage CMC, a excepción de atención de emergencia o atención de urgencia, diálisis fuera del área o si recibo la aprobación de CareAdvantage CMC para ver a otros proveedores en algunas circunstancias.
- Si necesito ver a un médico u otro proveedor que no forma parte de CareAdvantage CMC, es posible que necesite una autorización previa o de lo contrario tendría que pagar de mi propio bolsillo por los servicios que reciba.
- Entiendo que si un agente de ventas, corredor u otra persona empleada o contratada por CareAdvantage CMC me ofrece ayuda, CareAdvantage CMC puede hacer un pago a esa persona cuando me inscriba.
- Al inscribirme en CareAdvantage CMC, yo sé que CareAdvantage CMC puede compartir mi información con Medicare y Medi-Cal y otros planes, según sea necesario, para operaciones de tratamiento, pago y atención médica.
- Entiendo que los medicamentos con receta están cubiertos, pero no siempre serán los mismos que ya estoy tomando. Entiendo que, durante los primeros 90 días de cobertura en CareAdvantage CMC, podré recibir al menos un suministro para 30 días de los medicamentos con receta que esté tomando en cualquier momento. Entiendo que puedo continuar visitando a los médicos a los que visito actualmente por un período de hasta doce (12) meses por los servicios de Medicare, y por un período de hasta doce (12) meses por los servicios de Medi-Cal a partir de la fecha de inicio de la inscripción en CareAdvantage CMC. Para obtener información sobre cómo hacerlo, debo comunicarme con CareAdvantage CMC. Entiendo, además, que CareAdvantage CMC tiene proveedores y farmacias que debo utilizar para recibir servicios de cuidado de la salud, excepto en situaciones no rutinarias de emergencia .
- Sé que CareAdvantage CMC puede compartir mi información, incluyendo mi información de medicamentos con receta, con Medicare y Medi-Cal. Ellos pueden divulgarla con fines de investigación y otros fines, según lo permitido por las leyes y las reglamentaciones federales.
- La información incluida en este formulario es correcta según mi leal saber y entender. Entiendo que si de forma intencional proporciono información falsa en este formulario, se cancelará mi inscripción al plan CareAdvantage CMC.
- Mi firma (o la firma de mi representante autorizado) en este formulario significa que he leído y entendido este formulario. Si firma un representante autorizado, la firma de la persona significa que está autorizada según la ley estatal para completar esta inscripción y que la documentación de esta autoridad está disponible a solicitud de Medicare o Medi-Cal.

_____ / _____ / _____
 *Su firma:

_____ / _____ / _____
 *Fecha:

 Si usted es el representante autorizado, debe proporcionar la siguiente información, firmar y colocar la fecha a continuación:

 Nombre (escriba con letra de molde)

 Firma

 Dirección

 Relación con la persona inscrita

(_____) _____ - _____
 Número de teléfono

_____/_____/_____
 Fecha de hoy:

Para más información, visite www.hpsm.org/careadvantage. **Si tiene preguntas**, llame a un Especialista autorizado de CareAdvantage Medicare al **1-888-252-3153**, de lunes a viernes de 9:00 a.m. a 6:00 p.m. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-800-855-3000** o marcar **7-1-1**. (California Relay Service). La llamada es gratuita. Esta información está disponible gratis en otros idiomas y formatos como Braille o CD de audio.