



Case Number:

Bienvenido a HealthChoice –

La mayoría de las personas que califican para Medicaid deben inscribirse en una Organización de Cuidados Administrada, llamada MCO. Si usted recibió este aviso debe elegir un MCO. Si usted no elige un MCO en la fecha indicada a continuación, el Estado le asignará automáticamente a usted un MCO. Es siempre mejor si usted lo elige. ¡No olvide la fecha límite!

Usted tiene que seleccionar su MCO antes de



Si usted se inscribe en el programa HealthChoice por primera vez o si el estado le asigna automáticamente a una MCO, usted puede cambiar su MCO una vez dentro de 90 días. Si usted no cambia dentro de 90 días, usted debe permanecer con su MCO por 12 meses antes de que usted pueda cambiar otra vez.

La página web de Maryland Health Connection: www.MarylandHealthConnection.gov o este paquete de inscripción le informará más sobre el programa HealthChoice y proporcionará información útil sobre la elección de un MCO. Cuando usted esté listo para seleccionar su MCO, usted puede:

- Llamar a Maryland Health Connection al 1-855-642-8572;
- Completar el formulario incluido en este paquete y devuélvalo en el sobre proporcionado (no necesita estampilla); o
- Si usted tiene una cuenta en www.MarylandHealthConnection.gov, puede inscribirse con un MCO en línea.

Preguntas o Necesita Ayuda?

Si usted tiene preguntas o necesita ayuda para seleccionar un MCO, por favor lea la información al dorso de esta carta o llame al 1-855-642-8572 (TTY: 1-855-642-8573).
Si tiene una discapacidad, puede solicitar y recibir un alojamiento razonable para recibir ayuda especial cuando sea necesario permitirle solicitar y recibir servicios a través de Maryland Health Connection.



Case Number:

Welcome to HealthChoice –

Most people that qualify for Medicaid must enroll in a Managed Care Organization (MCO). If you received this notice you must choose an MCO. If you do not choose an MCO by the date below, the State will automatically assign you to an MCO. It’s always best if you choose. Don’t miss the deadline!

You must select your MCO by



If you are enrolling in the HealthChoice Program for the first time or if the State automatically assigns you to an MCO, you may change your MCO one time within 90 days. If you do not change within 90 days, you must remain with your MCO for 12 months before you can change again.

The Maryland Health Connection website: www.MarylandHealthConnection.gov or this enrollment packet will tell you more about the HealthChoice program and provide helpful information about choosing an MCO. When you are ready to select your MCO, you can:

- Call Maryland Health Connection at 1-855-642-8572;
- Complete the form included in this packet and return it in the envelope provided (no stamp needed); or
- If you have an account on www.MarylandHealthConnection.gov, you can enroll with an MCO online.

Questions or Need Help?

If you have questions or need help selecting an MCO, please read the information on the back of this letter or call 1-855-642-8572 (TTY: 1-855-642-8573).
If you have a disability, you may request and receive a reasonable accommodation or special help when it is necessary to allow you to apply for and receive services through Maryland Health Connection.



Why do I need to choose an MCO?

In the HealthChoice program health care services are provided through an MCO.

That means when you get sick or need a check-up, you will get all your care through your MCO.

You will also have your own personal doctor in your MCO called a PCP, or Primary Care Provider.

I already see a doctor I like. Can I stay with my current doctor?

Yes, but your doctor must work with one of the MCOs you can join. Many Maryland doctors and clinics are in the HealthChoice program.

If you want to continue to see your doctor, you must pick a HealthChoice MCO that participates with your doctor. To find out more, call your doctor's office and ask the staff which MCOs the doctor works with. Then sign-up with one of these MCOs and pick your doctor to be your PCP.

Choosing a PCP is an important decision. You want to see a doctor you trust and can talk to easily. You will see your PCP for most of your medical needs. If you need to see another doctor or have a test, your PCP will help you get this care. This is called a referral.

If you sign-up with an MCO that does not work with your doctor, you will NOT be able to see your doctor. If this happens, the MCO will pick one of its doctors to be your PCP.

How do I sign-up with an MCO?

There are a number of different ways you can choose your MCO. You can:

- Call Maryland Health Connection 1-855-642-8572
- Complete and send in the enclosed HealthChoice application (no stamp needed) or

- If you have an account on www.MarylandHealthConnection.gov, you can enroll with an MCO online

More information and help is always just a phone call away at 1-855-642-8572.

Does everyone in my family have to be in the same MCO?

You choose what you feel is best for your family. Every family member can be in the same MCO, or you can each be in a different MCO. If you are pregnant your baby will be enrolled in your MCO. Call the Help Line for pregnant women at 1-800-456-8900 if you have questions.

What health care services are provided by my MCO?

All basic services are covered by each HealthChoice MCO, including check-ups, doctor and hospital visits, and medications. There is a more complete list of these services in the MCO Comparison Chart sent with this letter. Plus, each MCO lists in the chart additional services it offers. It is important for children and pregnant women to get the care they need to stay healthy. Each HealthChoice MCO provides well-child care, including immunizations and prenatal care for pregnant women and their babies.

In most cases, you cannot get services outside of your MCO or doctor. There are some exceptions called self-referral services, such as family planning services and services provided by school-based health centers.

There are some services that are not provided by your MCO but are available to everyone in HealthChoice:

- Specialty mental health and substance use treatment through the Behavioral Health System 1-800-888-1965
- Transportation services (call your local health department for information)
- Dental care for children under age 21 and pregnant women, including exams, cleanings, fillings, and braces if medically necessary (through Healthy Smiles Dental Program 1-855-934-9812)

More information on self-referral services and services covered by the State will be in the Member Handbook your MCO will send you after you sign-up.

My child has special medical needs, how can I be sure the MCO will provide the right care?

Each HealthChoice MCO has specially trained providers for patients with special medical needs. Plus, each MCO has a Special Needs Coordinator who will work directly with you to make sure your child gets the care he or she needs. Call your MCO after you sign-up to get the name and number of the Special Needs Coordinator.

You have the right to choose your MCO.

If an employee or provider of a HealthChoice MCO tries to influence your decision, you need to report this immediately at 1-800-284-4510.

¿Por qué necesito escoger un MCO?

En el programa de HealthChoice los servicios de cuidados de salud son proporcionados por un MCO. Esto quiere decir que cuando usted se enferma o necesita una revisión médica, usted conseguirá todos sus cuidados por medio de su MCO.

Usted también tendrá su propio doctor personal en su MCO, a quien se le llama PCP o Proveedor de Cuidados Primarios.

Yo ya tengo un doctor que me gusta. ¿Puedo continuar con el mismo doctor?

Sí, pero su doctor debe trabajar con uno de los MCOs Si, pero su doctor debe trabajar con uno de los MCOs Luego, inscrtbase con uno de esos MCOs y escoja a su doctor y pregunte con cuales MCOs trabaja su doctor Si usted quiere seguir viendo a su doctor, usted debe escoger un MCO de HealthChoice que participa con su doctor. Para averiguar más, llame al consultorio de su doctor. Para averiguar este cuidado. A esto se le llama una referencia.

¿Cómo me inscribo con un MCO?

Hay varias maneras diferentes que usted puede elegir su MCO. Usted puede:

- Llamar a Maryland Health Connection 1-855-642-8572
- Completar y enviar la solicitud adjunta de HealthChoice (no necesita estampilla) o

- Si usted tiene una cuenta en www.MarylandHealthConnection.gov, usted puede inscribirse con un MCO en línea.

Mayor información y ayuda están siempre cerca a una llamada telefónica al 1-855-642-8572.

¿Necesita todos los miembros de su familia pertenecer al mismo MCO?

No, usted tiene la opción. Todos pueden estar en el mismo MCO, o cada uno puede pertenecer a un MCO diferente. Usted escoge al que considere que es el mejor para su familia.

¿Qué servicios de cuidado de salud son proporcionados por mi MCO?

Es importante que los niños y madres embarazadas que consigan los cuidados indispensables para mantenerse saludables. Todos los MCOs proveen cuidados-de-salud-para-niños, estos incluyen: vacunas y cuidados prenatales para las mujeres embarazadas y sus bebés. En la mayoría de los casos, usted no puede obtener servicios fuera de su MCO o médico. Hay algunas excepciones llamadas servicios de auto-referencia, tales como servicios planificación familiar y servicios proporcionados por centros de salud escolares.

Hay algunos servicios que no son proveídos por su MCO, pero que son disponibles para todos en HealthChoice. ■ Especialidad de tratamiento de salud mental y consumo en el abuso de sustancias, a través del Sistema de Salud del Comportamiento, 1-800-888-1965.

- Servicios de transporte (llame a su departamento local de salud para obtener información)
- Cuidado dental para niños menores de 21 años y mujeres embarazadas, incluyendo exámenes, limpieza dental, rellenos y correctores dentales si fuera necesario por razones médicas (a través de Healthy Smiles Dental Program 1-855-934-9812)

Más información sobre los servicios de auto-referencia y servicios cubiertos por el Estado estará disponible en el Manual de Miembros que su MCO le enviará después de registrarse.

¿Mi niño tiene necesidades médicas especiales, cómo me puedo asegurar que el MCO ofrecerá los cuidados apropiados?

Cada MCO de HealthChoice tiene proveedores especialmente entrenados para necesidades médicas necesarias. Además, cada MCO tiene un Coordinador de Necesidades Especiales, quien trabajará directamente con usted para asegurarse que su hijo o hija reciban los cuidados que necesitan. Llame a su MCO luego de inscribirse para obtener los nombres y números del Coordinador de Necesidades Especiales.

Usted tiene el derecho de elegir su MCO. Si un empleado o proveedor de un MCO de HealthChoice trata de influenciar en su decisión, usted tiene que reportarlo inmediatamente al 1-800-284-4510.

Statement of Understanding

I understand that I may call my personal doctor at any time for medical advice, care or a referral if myself or anyone in my family covered by HealthChoice is sick or injured.

I understand that unless I have a medical emergency, I must contact my personal doctor for medical care. I understand that in an emergency, I must contact my personal doctor or the Managed Care Organization (MCO) as soon as possible, after I received emergency care.

I understand that I am choosing to enroll in the MCO indicated and selecting a primary care doctor for myself and for each family member on this form.

I understand that receiving health care services without my personal doctor or MCO approval may result in a denial of payment by the MCO and may result in my being billed for the service.

I understand that, after twelve months, I may change MCOs once a year without giving a reason and that I may change MCOs at any time with an approved reason and that I can call the Maryland Health Connection Line for help.

I understand that it is my responsibility to notify the MCO and my caseworker of any change in the number of my family members.

I understand that I must follow Medical Care Program regulations to stay eligible for HealthChoice.

I understand that all information is confidential.

Declaración de entendimiento

Entiendo que puedo llamar a mi médico personal en cualquier momento, para pedir consejo médico, cuidados o una pre-autorización, si yo o alguna persona de mi familia cubierta por HealthChoice está enferma o lesionada.

Entiendo que a menos que tenga una emergencia médica, debo comunicarme con mi médico personal para recibir cuidados médicos. Entiendo que en una emergencia debo comunicarme con mi médico personal o la Organización de cuidados administrados (MCO), tan pronto como sea posible después de recibir los cuidados de emergencia.

Entiendo que he elegido inscribirme en la MCO indicada y que he seleccionado un médico personal para mí mismo y para cada familiar de este formulario.

Entiendo que si recibo servicios de cuidado de salud sin la aprobación de mi médico personal o MCO, la MCO podría negar el pago y me pueden facturar a mí los servicios. Si no sigo las instrucciones requeridas por la MCO, HealthChoice no será responsable por la factura y no pagará por los servicios.

Entiendo que, después de doce meses, podré cambiar de MCOs una vez al año sin dar un motivo; y que podré cambiar de MCO en cualquier momento con un motivo aprobado y que puedo llamar a la línea de Maryland Health Connection para obtener ayuda.

Entiendo que soy responsable de avisar a la MCO y a mi trabajador de casos de cualquier cambio en la cantidad de mis familiares.

Entiendo que debo obedecer los reglamentos del programa de cuidados médicos para seguir siendo elegible para HealthChoice.

Entiendo que toda la información es confidencial.

Enroll by completing this form and the Health Service Needs Form and mailing them as soon as possible in the enclosed postage paid envelope to *HealthChoice*, P.O. Box 857, Lanham, MD 20703-0857



Or enroll by calling the Maryland Health Connection toll free number at **1-855-642-8572**. Before you call have all medical assistance numbers and your answers to the Health Service Needs questions ready.

To enroll by mail, complete the following information for yourself as the Head of Household and each eligible family member.

1. Information about you and family members		Head of Household		Family Member 1		Family Member 2	
Names							
Social Security Numbers							
Medical Assistance Numbers							
Dates of Birth							
2. Information about your choices							
Doctor or clinic choice							
Doctor or clinic address							
MCO choice							
3. Information about other health insurance		Yes		No		Yes	
Do you or any family member have any other health insurance coverage or Medicare?							
If yes, what is the name of the insurance company?							
4. Language Information		Primary language in the home (circle one)		Vietnamese		6. Emergency Contact	
English		Spanish		First Name: _____		Last Name: _____	
French		Other		Address: _____			
5. DSS Case Worker Information		Last Name: _____		City: _____		State: _____	
First Name: _____		Phone Number: (_____) _____ - _____		Zip: _____			
Office: _____				Phone Number: (_____) _____ - _____		Relationship: _____	

If you have a new address or phone number, please write it below.

Signature _____ Date: _____

My signature says I have read and understand the Statement of Understanding at the end of this form.

Answer the questions below for the family members in the household who are covered by Medicaid. This information will help your MCO decide how soon you and your family need to see a doctor and what health care services may be needed.

Complete the information for yourself as Head of Household and each family member. After completion, return this form with your *HealthChoice* enrollment form in the self-addressed stamped envelope to P.O. Box 857, Lanham, MD 20703-0857

Date:	Head of Household	Family Member 1	Family Member 2
Member Name			
Medical Assistance Number			
Primary Language			
Health Questions			
1. Do you need to see a doctor in the next month?	☐ Yes ☐ No	☐ Yes ☐ No	☐ Yes ☐ No
2. Do you need to refill a prescription within the next month?	☐ Yes ☐ No	☐ Yes ☐ No	☐ Yes ☐ No
3. Do you use any medical equipment or supplies?	☐ Yes ☐ No	☐ Yes ☐ No	☐ Yes ☐ No
4. Do you currently receive dialysis, chemotherapy, or radiation treatments?	☐ Yes ☐ No	☐ Yes ☐ No	☐ Yes ☐ No
5. Do you have any of the following health problem(s)?	☐ Asthma ☐ Diabetes ☐ Heart Disease ☐ High Blood Pressure ☐ HIV/AIDS ☐ Physical Disability ☐ Mental Health ☐ Alcohol/Drug Use	☐ Asthma ☐ Diabetes ☐ Heart Disease ☐ High Blood Pressure ☐ HIV/AIDS ☐ Physical Disability ☐ Mental Health ☐ Alcohol/Drug Use	☐ Asthma ☐ Diabetes ☐ Heart Disease ☐ High Blood Pressure ☐ HIV/AIDS ☐ Physical Disability ☐ Mental Health ☐ Alcohol/Drug Use
6. Are you pregnant right now? <i>(If yes, answer a and b. If no, skip to question 7.)</i>	☐ Yes ☐ No	☐ Yes ☐ No	☐ Yes ☐ No
a. If yes, how many months pregnant?	☐ 1-3 months ☐ 4-6 months ☐ 7-9 months	☐ 1-3 months ☐ 4-6 months ☐ 7-9 months	☐ 1-3 months ☐ 4-6 months ☐ 7-9 months
b. What is the name of the doctor, nurse, or clinic where household member is receiving prenatal care?	Doctor/Clinic Name: _____ ☐ Not receiving prenatal care	Doctor/Clinic Name: _____ ☐ Not receiving prenatal care	Doctor/Clinic Name: _____ ☐ Not receiving prenatal care

INFORMACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD EN NECESIDAD

Fecha:	Miembro de Familia 3	Miembro de Familia 4	Miembro de Familia 5
Nombre del Miembro			
Preguntas de Salud			
7. ¿Ha tenido un bebé en los últimos dos meses?	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No
8. Si tiene menos de 21 años de edad, ¿Tiene necesidades especiales de atención médica (por ejemplo: retraso de desarrollo mental, discapacidad física, etc.)?	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No
9. Si tiene menos de 21 años, ¿Necesita ver a un dentista?	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No
10. ¿Ha estado hospitalizado en los últimos 6 meses?	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No
11. ¿Hay un trabajador de salud al hogar o un asistente de cuidado personal que viene a su casa?	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No
12. ¿Necesita ayuda para obtener transporte para citas médicas?	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No
13. ¿Esta usted sin hogar o viviendo en un refugio?	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No

Responda las preguntas a continuación para los miembros de su familia en el hogar que estén cubiertos por Medicaid. Esta información ayudará a su MCO a decidir que tan pronto usted y su familia necesitan para ver un doctor y que servicios de atención médica pueden ser necesarios.

Complete la información de usted como Jefe de Hogar y de cada miembro en su familia. Una vez completado, devuelva este formulario con su forma de inscripción de HealthChoice en el sobre con sello de auto-dirección a P.O. Box 857, Lanham, MD 20703-0857

	Miembro de Familia 3	Miembro de Familia 4	Miembro de Familia 5
Fecha: _____			
Nombre del Miembro			
Numero de Asistencia Medica			
Idioma principal			
Preguntas de Salud			
1. ¿Necesita ver a un médico en el próximo mes?	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No
2. ¿Necesita rellenar una receta dentro del próximo mes?	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No
3. ¿Utiliza algún equipo médico o suministros?	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No
4. ¿Recibe actualmente tratamientos de diálisis, quimioterapia, o radiación?	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No
5. ¿Tiene alguno de los siguientes problemas de salud listados?	☐ Asma ☐ Diabetes ☐ Enfermedad del Corazón ☐ Presión Arterial Alta ☐ VIH/SIDA ☐ Discapacidad Física ☐ Problema de Salud Mental ☐ Consumo de Alcohol/Drogas	☐ Asma ☐ Diabetes ☐ Enfermedad de Corazón ☐ Presión Arterial Alta ☐ VIH/SIDA ☐ Discapacidad Física ☐ Problema de Salud Mental ☐ Consumo de Alcohol/Drogas	☐ Asma ☐ Diabetes ☐ Enfermedad de Corazón ☐ Presión Arterial Alta ☐ VIH/SIDA ☐ Discapacidad Física ☐ Problema de Salud Mental ☐ Consumo de Alcohol/Drogas
6. ¿Está embarazada en este momento? (En caso afirmativo, responda a y b. Si no, pase a la pregunta 7.)	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No
a. Si afirmativo, ¿Cuántos meses de embarazo?	☐ 1-3 meses ☐ 4-6 meses ☐ 7-9 meses	☐ 1-3 meses ☐ 4-6 meses ☐ 7-9 meses	☐ 1-3 meses ☐ 4-6 meses ☐ 7-9 meses
b. ¿Cuál es el nombre del médico, enfermero/a, o clínica donde el miembro del hogar está recibiendo atención prenatal?	Nombre del Doctor/a o Clínica: _____ ☐ No recibiendo atención prenatal	Nombre del Doctor/a o Clínica: _____ ☐ No recibiendo atención prenatal	Nombre del Doctor/a o Clínica: _____ ☐ No recibiendo atención prenatal

	Head of Household	Family Member 1	Family Member 2
Date: _____			
Member Name			
Health Questions			
7. Have you had a baby in the past two months?	☐ Yes ☐ No	☐ Yes ☐ No	☐ Yes ☐ No
8. If you are under 21 years old, do you have a special health care need (e.g., developmental delay, physical disability, etc.)?	☐ Yes ☐ No	☐ Yes ☐ No	☐ Yes ☐ No
9. If you are under 21 years old, do you need to see a dentist?	☐ Yes ☐ No	☐ Yes ☐ No	☐ Yes ☐ No
10. Have you been hospitalized in the past 6 months?	☐ Yes ☐ No	☐ Yes ☐ No	☐ Yes ☐ No
11. Does a home health worker or personal care assistant come to your home?	☐ Yes ☐ No	☐ Yes ☐ No	☐ Yes ☐ No
12. Do you need assistance getting transportation to medical appointments?	☐ Yes ☐ No	☐ Yes ☐ No	☐ Yes ☐ No
13. Are you homeless or living in a shelter?	☐ Yes ☐ No	☐ Yes ☐ No	☐ Yes ☐ No

Enroll by completing this form and the Health Service Needs Form and mailing them as soon as possible in the enclosed postage paid envelope to *HealthChoice*, P.O. Box 857, Lanham, MD 20703-0857

Or enroll by calling the Maryland Health Connection toll free number at **1-855-642-8572**. Before you call have all medical assistance numbers and your answers to the Health Service Needs questions ready.

To enroll by mail, complete the following information for yourself as the Head of Household and each eligible family member.

1. Information about you and family members		Family Member 3	Family Member 4	Family Member 5
	Names			
	Social Security Numbers			
	Medical Assistance Numbers			
	Dates of Birth			
2. Information about your choices				
	Doctor or clinic choice			
	Doctor or clinic address			
	MCO choice			
3. Information about other health insurance				
Do you or any family member have any other health insurance coverage or Medicare?		Yes	No	
If yes, what is the name of the insurance company?				
4. Language Information		6. Emergency Contact		
Primary language in the home (circle one)		English	Spanish	Vietnamese
		French	Other	
5. DSS Case Worker Information				
First Name: _____		Last Name: _____		
Office: _____		Address: _____		
		City: _____ State: _____ Zip: _____		
		Phone Number: (____) _____ - _____		
		Relationship: _____		

If you have a new address or phone number, please write it below.

Signature _____ Date: _____

My signature says I have read and understand the Statement of Understanding at the end of this form.

Inscríbase llenando esta solicitud y el formulario de Necesidades de servicios de salud y envíelos por correo tan pronto como sea posible en el sobre con portes pagados incluido, a *HealthChoice*, P.O. Box 857, Lanham, MD 20703-0857

O, inscribbase llamando al número gratis de Maryland Health Connection, **1-855-642-8572**. Antes de llamar, tenga listos todos los números de asistencia médica y sus respuestas a las preguntas sobre necesidades de servicios de salud.

SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN

Para inscribirse por correo, complete la información siguiente de usted mismo como jefe de familia y de cada familiar elegible.

1. Información sobre usted y sus familiares		Familiar 3	Familiar 4	Familiar 5
	Nombres			
	Números del Seguro Social			
	Números de asistencia médica			
	Fechas de nacimiento			
2. Información sobre sus selecciones				
	Médico o clínica elegidos			
	Dirección del médico o clínica			
	MCO elegida			
3. Información sobre otros seguros de salud				
¿Usted o algún familiar tienen cobertura de algún otro seguro de salud o Medicare?		☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No
Si es “Sí” ¿cuál es el nombre de la compañía aseguradora?				
4. Información de idiomas		6. Contacto de emergencia		
Idioma principal del hogar (haga un círculo alrededor de uno)		Nombre: _____ Apellido: _____		
		Dirección: _____		
		Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____		
5. Información del trabajador de casos de DSS		Teléfono: (____) _____ - _____		
Nombre: _____ Apellido: _____		Parentesco: _____		
Oficina: _____ Teléfono: (____) _____ - _____				

Si tiene dirección o número de teléfono nuevos, por favor escríbalos abajo.

Firma _____ Fecha _____

Mi firma dice que he leído y entiendo la Declaración de entendimiento de la parte de atrás de este formulario.

INFORMACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD EN NECESIDAD

Fecha: _____	Jefe de Hogar		Miembro de Familia 1		Miembro de Familia 2	
Nombre del Miembro						
Preguntas de Salud						
7. ¿Ha tenido un bebé en los últimos dos meses?	☐ Si	☐ No	☐ Si	☐ No	☐ Si	☐ No
8. Si tiene menos de 21 años de edad, ¿Tiene necesidades especiales de atención médica (por ejemplo: retraso de desarrollo mental, discapacidad física, etc.)?	☐ Si	☐ No	☐ Si	☐ No	☐ Si	☐ No
9. Si tiene menos de 21 años, ¿Necesita ver a un dentista?	☐ Si	☐ No	☐ Si	☐ No	☐ Si	☐ No
10. ¿Ha estado hospitalizado en los últimos 6 meses?	☐ Si	☐ No	☐ Si	☐ No	☐ Si	☐ No
11. ¿Hay un trabajador de salud al hogar o un asistente de cuidado personal que viene a su casa?	☐ Si	☐ No	☐ Si	☐ No	☐ Si	☐ No
12. ¿Necesita ayuda para obtener transporte para citas médicas?	☐ Si	☐ No	☐ Si	☐ No	☐ Si	☐ No
13. ¿Está usted sin hogar o viviendo en un refugio?	☐ Si	☐ No	☐ Si	☐ No	☐ Si	☐ No

Answer the questions below for the family members in the household who are covered by Medicaid. This information will help your MCO decide how soon you and your family need to see a doctor and what health care services may be needed.

HEALTH SERVICE NEEDS INFORMATION

Complete the information for yourself as Head of Household and each family member. After completion, return this form with your HealthChoice enrollment form in the self-addressed stamped envelope to P.O. Box 857, Lanham, MD 20703-0857

Date: _____		Family Member 3		Family Member 4		Family Member 5		
Member Name								
Medical Assistance Number								
Primary Language								
Health Questions								
1. Do you need to see a doctor in the next month?	☐ Yes	☐ No	☐ Yes	☐ No	☐ Yes	☐ No	☐ Yes	☐ No
2. Do you need to refill a prescription within the next month?	☐ Yes	☐ No	☐ Yes	☐ No	☐ Yes	☐ No	☐ Yes	☐ No
3. Do you use any medical equipment or supplies?	☐ Yes	☐ No	☐ Yes	☐ No	☐ Yes	☐ No	☐ Yes	☐ No
4. Do you currently receive dialysis, chemotherapy, or radiation treatments?	☐ Yes	☐ No	☐ Yes	☐ No	☐ Yes	☐ No	☐ Yes	☐ No
5. Do you have any of the following health problem(s)?	☐ Asthma ☐ Diabetes ☐ Heart Disease ☐ High Blood Pressure ☐ HIV/AIDS ☐ Physical Disability ☐ Mental Health ☐ Alcohol/Drug Use		☐ Asthma ☐ Diabetes ☐ Heart Disease ☐ High Blood Pressure ☐ HIV/AIDS ☐ Physical Disability ☐ Mental Health ☐ Alcohol/Drug Use		☐ Asthma ☐ Diabetes ☐ Heart Disease ☐ High Blood Pressure ☐ HIV/AIDS ☐ Physical Disability ☐ Mental Health ☐ Alcohol/Drug Use			
6. Are you pregnant right now? (If yes, answer a and b. If no, skip to question 7.)	☐ Yes		☐ No		☐ Yes		☐ No	
a. If yes, how many months pregnant?	☐ 1-3 months ☐ 4-6 months ☐ 7-9 months		☐ 1-3 months ☐ 4-6 months ☐ 7-9 months		☐ 1-3 months ☐ 4-6 months ☐ 7-9 months		☐ 1-3 months ☐ 4-6 months ☐ 7-9 months	
b. What is the name of the doctor, nurse, or clinic where household member is receiving prenatal care?	Doctor/Clinic Name: _____ ☐ Not receiving prenatal care		Doctor/Clinic Name: _____ ☐ Not receiving prenatal care		Doctor/Clinic Name: _____ ☐ Not receiving prenatal care		Doctor/Clinic Name: _____ ☐ Not receiving prenatal care	

HealthChoice

Maryland's Medicaid Managed Care Program

The Maryland Department of Health

HEALTH SERVICE NEEDS INFORMATION

Date: _____	Family Member 3			Family Member 4		Family Member 5	
Member Name							
Health Questions							
7. Have you had a baby in the past two months?	☐ Yes	☐ No	☐ Yes	☐ No	☐ Yes	☐ No	
8. If you are under 21 years old, do you have a special health care need (e.g., developmental delay, physical disability, etc.)?	☐ Yes	☐ No	☐ Yes	☐ No	☐ Yes	☐ No	
9. If you are under 21 years old, do you need to see a dentist?	☐ Yes	☐ No	☐ Yes	☐ No	☐ Yes	☐ No	
10. Have you been hospitalized in the past 6 months?	☐ Yes	☐ No	☐ Yes	☐ No	☐ Yes	☐ No	
11. Does a home health worker or personal care assistant come to your home?	☐ Yes	☐ No	☐ Yes	☐ No	☐ Yes	☐ No	
12. Do you need assistance getting transportation to medical appointments?	☐ Yes	☐ No	☐ Yes	☐ No	☐ Yes	☐ No	
13. Are you homeless or living in a shelter?	☐ Yes	☐ No	☐ Yes	☐ No	☐ Yes	☐ No	

Responda las preguntas a continuación para los miembros de su familia en el hogar que estén cubiertos por Medicaid. Esta información ayudará a su MCO a decidir que tan pronto usted y su familia necesitan para ver un doctor y que servicios de atención médica pueden ser necesarios.

HealthChoice

Maryland's Medicaid Managed Care Program

The Maryland Department of Health

INFORMACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD EN NECESIDAD

Complete la información de usted como Jefe de Hogar y de cada miembro en su familia. Una vez completado, devuelva este formulario con su forma de inscripción de HealthChoice en el sobre con sello de auto-dirección a P.O. Box 857, Lanham, MD 20703-0857

Fecha: _____	Jefe de Hogar			Miembro de Familia 1		Miembro de Familia 2	
Nombre del Miembro							
Numero de Asistencia Medica							
Idioma principal							
Preguntas de Salud							
1. ¿Necesita ver a un médico en el próximo mes?	☐ Si	☐ No	☐ Si	☐ No	☐ Si	☐ No	
2. ¿Necesita rellenar una receta dentro del próximo mes?	☐ Si	☐ No	☐ Si	☐ No	☐ Si	☐ No	
3. ¿Utiliza algún equipo médico o suministros?	☐ Si	☐ No	☐ Si	☐ No	☐ Si	☐ No	
4. ¿Recibe actualmente tratamienots de diálisis, quimioterapia, o radiación?	☐ Si	☐ No	☐ Si	☐ No	☐ Si	☐ No	
5. ¿Tiene alguno de los siguientes problemas de salud listados?	☐ Asma ☐ Diabetes ☐ Enfermedad de Corazón ☐ Presión Arterial Alta ☐ VIH/SIDA ☐ Discapacidad Física ☐ Problema de Salud Mental ☐ Consumo de Alcohol/Drogas	☐ Asma ☐ Diabetes ☐ Enfermedad de Corazón ☐ Presión Arterial Alta ☐ VIH/SIDA ☐ Discapacidad Física ☐ Problema de Salud Mental ☐ Consumo de Alcohol/Drogas	☐ Asma ☐ Diabetes ☐ Enfermedad de Corazón ☐ Presión Arterial Alta ☐ VIH/SIDA ☐ Discapacidad Física ☐ Problema de Salud Mental ☐ Consumo de Alcohol/Drogas	☐ Asma ☐ Diabetes ☐ Enfermedad de Corazón ☐ Presión Arterial Alta ☐ VIH/SIDA ☐ Discapacidad Física ☐ Problema de Salud Mental ☐ Consumo de Alcohol/Drogas	☐ Asma ☐ Diabetes ☐ Enfermedad de Corazón ☐ Presión Arterial Alta ☐ VIH/SIDA ☐ Discapacidad Física ☐ Problema de Salud Mental ☐ Consumo de Alcohol/Drogas	☐ Asma ☐ Diabetes ☐ Enfermedad de Corazón ☐ Presión Arterial Alta ☐ VIH/SIDA ☐ Discapacidad Física ☐ Problema de Salud Mental ☐ Consumo de Alcohol/Drogas	
6. ¿Está embarazada en este momento? (En caso afirmativo, responda a y b. Si no, pase a la pregunta 7.)	☐ Si	☐ No	☐ Si	☐ No	☐ Si	☐ No	
a. Si afirmativo, ¿Cuántos meses de embarazo?	☐ 1-3 meses ☐ 4-6 meses ☐ 7-9 meses		☐ 1-3 meses ☐ 4-6 meses ☐ 7-9 meses		☐ 1-3 meses ☐ 4-6 meses ☐ 7-9 meses		☐ 1-3 meses ☐ 4-6 meses ☐ 7-9 meses
b. ¿Cuál es el nombre del médico, enfermero/a, o clínica donde el miembro del hogar está recibiendo atención prenatal?	Nombre del Doctor/a o Clínica: _____ ☐ No recibiendo atención prenatal		Nombre del Doctor/a o Clínica: _____ ☐ No recibiendo atención prenatal		Nombre del Doctor/a o Clínica: _____ ☐ No recibiendo atención prenatal		Nombre del Doctor/a o Clínica: _____ ☐ No recibiendo atención prenatal

Inscríbise llenando esta solicitud y el formulario de Necesidades de servicios de salud y envíelos por correo tan pronto como sea posible en el sobre con portes pagados incluido, a *HealthChoice*, P.O. Box 857, Lanham, MD 20703-0857



O, inscríbise llamando al número gratis de Maryland Health Connection, **1-855-642-8572**. Antes de llamar, tenga listos todos los números de asistencia médica y sus respuestas a las preguntas sobre necesidades de servicios de salud.

SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN

Para inscribirse por correo, complete la información siguiente de usted mismo como jefe de familia y de cada familiar elegible.

1. Información sobre usted y sus familiares		Jefe de la familia		Familiar 1		Familiar 2	
Nombres							
Números del Seguro Social							
Números de asistencia médica							
Fechas de nacimiento							
2. Información sobre sus selecciones							
Médico o clínica elegidos							
Dirección del médico o clínica							
MCO elegida							
3. Información sobre otros seguros de salud							
¿Usted o algún familiar tienen cobertura de algún otro seguro de salud o Medicare?		☐ Sí ☐ No		☐ Sí ☐ No		☐ Sí ☐ No	
Si es “Sí” ¿cuál es el nombre de la compañía aseguradora?							
4. Información de idiomas							
Idioma principal del hogar (haga un círculo alrededor de uno)		Inglés Español Vietnamita		6. Contacto de emergencia			
		Francés Otro _____		Nombre: _____ Apellido: _____			
				Dirección: _____			
5. Información del trabajador de casos de DSS							
Nombre: _____ Apellido: _____				Ciudad: _____ Estado: _____		Código postal: _____	
Oficina: _____ Teléfono: (____) _____-_____				Teléfono: (____) _____-_____			
				Parentesco: _____			

Si tiene dirección o número de teléfono nuevos, por favor escríbalos abajo.

Firma _____ Fecha _____

Mi firma dice que he leído y entiendo la Declaración de entendimiento de la parte de atrás de este formulario.

Enroll by completing this form and the Health Service Needs Form and mailing them as soon as possible in the enclosed postage paid envelope to *HealthChoice*, P.O. Box 857, Lanham, MD 20703-0857



Or enroll by calling the Maryland Health Connection toll free number at **1-855-642-8572**. Before you call have all medical assistance numbers and your answers to the Health Service Needs questions ready.

ENROLLMENT FORM

To enroll by mail, complete the following information for yourself as the Head of Household and each eligible family member.

1. Information about you and family members		Family Member 6		Family Member 7		Family Member 8	
Names							
Social Security Numbers							
Medical Assistance Numbers							
Dates of Birth							
2. Information about your choices							
Doctor or clinic choice							
Doctor or clinic address							
MCO choice							
3. Information about other health insurance							
Do you or any family member have any other health insurance coverage or Medicare?		Yes No		Yes No		Yes No	
If yes, what is the name of the insurance company?							
4. Language Information							
Primary language in the home (circle one)		English Spanish Vietnamese		6. Emergency Contact			
		French Other _____		First Name: _____ Last Name: _____			
				Address: _____			
5. DSS Case Worker Information							
First Name: _____ Last Name: _____				City: _____ State: _____ Zip: _____			
Office: _____ Phone Number: (____) _____-_____				Phone Number: (____) _____-_____			
				Relationship: _____			

If you have a new address or phone number, please write it below.

Signature _____ Date: _____

My signature says I have read and understand the Statement of Understanding at the end of this form.

Answer the questions below for the family members in the household who are covered by Medicaid. This information will help your MCO decide how soon you and your family need to see a doctor and what health care services may be needed.

HealthChoice

Maryland's Medicaid Managed Care Program

The Maryland Department of Health

HEALTH SERVICE NEEDS INFORMATION

Complete the information for yourself as Head of Household and each family member. After completion, return this form with your *HealthChoice* enrollment form in the self-addressed stamped envelope to P.O. Box 857, Lanham, MD 20703-0857

Date: _____		Family Member 6		Family Member 7		Family Member 8	
Member Name							
Medical Assistance Number							
Primary Language							
Health Questions							
1. Do you need to see a doctor in the next month?		☐ Yes ☐ No		☐ Yes ☐ No		☐ Yes ☐ No	
2. Do you need to refill a prescription within the next month?		☐ Yes ☐ No		☐ Yes ☐ No		☐ Yes ☐ No	
3. Do you use any medical equipment or supplies?		☐ Yes ☐ No		☐ Yes ☐ No		☐ Yes ☐ No	
4. Do you currently receive dialysis, chemotherapy, or radiation treatments?		☐ Yes ☐ No		☐ Yes ☐ No		☐ Yes ☐ No	
5. Do you have any of the following health problem(s)?		☐ Asthma ☐ Diabetes ☐ Heart Disease ☐ High Blood Pressure ☐ HIV/AIDS ☐ Physical Disability ☐ Mental Health ☐ Alcohol/Drug Use		☐ Asthma ☐ Diabetes ☐ Heart Disease ☐ High Blood Pressure ☐ HIV/AIDS ☐ Physical Disability ☐ Mental Health ☐ Alcohol/Drug Use		☐ Asthma ☐ Diabetes ☐ Heart Disease ☐ High Blood Pressure ☐ HIV/AIDS ☐ Physical Disability ☐ Mental Health ☐ Alcohol/Drug Use	
6. Are you pregnant right now? <i>(If yes, answer a and b. If no, skip to question 7.)</i>		☐ Yes ☐ No		☐ Yes ☐ No		☐ Yes ☐ No	
a. If yes, how many months pregnant?		☐ 1-3 months ☐ 4-6 months ☐ 7-9 months		☐ 1-3 months ☐ 4-6 months ☐ 7-9 months		☐ 1-3 months ☐ 4-6 months ☐ 7-9 months	
b. What is the name of the doctor, nurse, or clinic where household member is receiving prenatal care?		Doctor/Clinic Name: _____ ☐ Not receiving prenatal care		Doctor/Clinic Name: _____ ☐ Not receiving prenatal care		Doctor/Clinic Name: _____ ☐ Not receiving prenatal care	



HEALTH SERVICE NEEDS INFORMATION

Date: _____		Family Member 6		Family Member 7		Family Member 8	
Member Name							
Health Questions							
7. Have you had a baby in the past two months?		☐ Yes ☐ No		☐ Yes ☐ No		☐ Yes ☐ No	
8. If you are under 21 years old, do you have a special health care need (e.g., developmental delay, physical disability, etc.)?		☐ Yes ☐ No		☐ Yes ☐ No		☐ Yes ☐ No	
9. If you are under 21 years old, do you need to see a dentist?		☐ Yes ☐ No		☐ Yes ☐ No		☐ Yes ☐ No	
10. Have you been hospitalized in the past 6 months?		☐ Yes ☐ No		☐ Yes ☐ No		☐ Yes ☐ No	
11. Does a home health worker or personal care assistant come to your home?		☐ Yes ☐ No		☐ Yes ☐ No		☐ Yes ☐ No	
12. Do you need assistance getting transportation to medical appointments?		☐ Yes ☐ No		☐ Yes ☐ No		☐ Yes ☐ No	
13. Are you homeless or living in a shelter?		☐ Yes ☐ No		☐ Yes ☐ No		☐ Yes ☐ No	