
ANEXO 1: MODELO DE FORMULARIO DE SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN INDIVIDUAL PARA INSCRIBIRSE EN UN PLAN MEDICARE ADVANTAGE (PARTE C) O EN UN PLAN DE MEDICAMENTOS CON RECETA DE MEDICARE (PARTE D)

¿Quién puede utilizar este formulario?

Las personas con Medicare que deseen inscribirse en un plan Medicare Advantage o en un plan de medicamentos con receta de Medicare

Para inscribirse en un plan, debe:

- ser ciudadano de los Estados Unidos o vivir legalmente en los EE. UU.
- vivir en el área de servicio del plan

Importante: Para inscribirse en un plan Medicare Advantage, también debe tener ambas:

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

¿Cuándo utilizo este formulario?

Puede inscribirse en un plan:

- entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre de cada año (para obtener cobertura a partir del 1 de enero)
- dentro de los 3 meses de haber obtenido Medicare por primera vez
- en determinadas situaciones en las que se le permite inscribirse en un plan o cambiar de plan

Visite [Medicare.gov](https://www.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 la tarjeta roja, blanca y azul de Medicare)
- su domicilio y número de teléfono

Debe completar todos los elementos de la sección 1. Los elementos de la sección 2 son opcionales; no se le puede negar la cobertura porque no los completa.

Recordatorios:

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

¿Qué pasa después?

Envíe el formulario completo y firmado a:
Denver Health Medicare Choice (HMO D-SNP) O
Denver Health Medicare Select (HMO)
Denver Health Medical Plan, Inc.
777 Bannock St., MC 6000
Denver, CO 80204

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

¿Cómo obtengo ayuda con este formulario?

Llame a Denver Health Medicare Choice (HMO D-SNP) O Denver Health Medicare Select (HMO) al 303-602-2999/TTY 711 o a Medicare gratis al 1-800-633-4227 y oprima el 2 para asistencia en español y un representante estará disponible para asistirle.

Call Denver Health Medicare Choice (HMO D-SNP) OR Denver Health Medicare Select (HMO) at 303-602-2999. TTY users can call 711.

Or, call Medicare at 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). TTY users can call 1-877-486-2048.



y completar y revisar la información recolectada. Si tiene algún comentario acerca de la exactitud de las estimaciones de tiempo 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 elemento con su información personal (como reclamos, pagos, registros médicos, etc.) a la Oficina de Autorización de Informes (Reports Clearance Office) de la Ley de Reducción de Trámites (PRA). Todo elemento que obtengamos que no se trate de cómo mejorar este formulario o la carga de recolección (descrito en OMB 0938-1378) será destruido. No se conservará, revisará ni enviará al plan. Vea "¿Qué pasa después?" en esta página para enviar el formulario completo al plan.

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

Seleccione el plan en el que desea inscribirse:

 Denver Health Medicare Choice (HMO D-SNP): \$34.30 por mes

 Denver Health Medicare Select (HMO): \$34.30 por mes

NOMBRE: _____ APELLIDO: _____ [Opcional: inicial del segundo nombre]: _____

Fecha de nacimiento: (MM/DD/AAAA) (__ __ / __ __ / ____ __)	Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Número de teléfono:
--	---	---------------------

Domicilio de residencia permanente (no ingresar un apartado postal): _____

Ciudad:	[Opcional: Condado]:	Estado:	Código postal:
---------	----------------------	---------	----------------

Domicilio postal, si es diferente al domicilio permanente (apartado postal permitido):			
Domicilio:	Ciudad:	Estado:	Código postal:

Información sobre Medicare:

Número de Medicare: _ _ _ _ - _ _ _ - _ _ _ _

Responda estas preguntas importantes:

¿Tendrá otra cobertura de medicamentos con receta (como Asuntos de Veteranos [VA], TRICARE) además de Denver Health Medicare Choice (HMO D-SNP) *O* Denver Health Medicare Select (HMO)? Sí No

Nombre de la otra cobertura: Número de miembro para esta cobertura: Número de grupo para esta cobertura:

IMPORTANTE: Lea y firme a continuación:

- Debo mantener tanto el seguro hospitalario (Parte A) como el seguro médico (Parte B) para permanecer en Denver Health Medicare Choice (HMO D-SNP) *O* Denver Health Medicare Select (HMO).
- Al inscribirme en este plan Medicare Advantage o el plan de medicamentos con receta de Medicare, acepto que Denver Health Medicare Choice (HMO D-SNP) *O* Denver Health Medicare Select (HMO) compartirá mi información con Medicare, quien puede usarla para realizar un seguimiento de mi inscripción, para efectuar pagos y para otros fines permitidos por la ley federal que autoriza la recopilación de esta información (vea la declaración de la Ley de Privacidad [Privacy Act] a continuación).
- Su respuesta a este formulario es voluntaria. Sin embargo, si no responde, la inscripción en el plan puede verse afectada.
- La información en este formulario de inscripción es correcta según mi leal saber y entender. Entiendo que si intencionalmente brindo información falsa en este formulario, mi inscripción en el plan se cancelará.
- Entiendo que las personas que tienen Medicare no suelen estar cubiertas por Medicare mientras están fuera del país, salvo por la cobertura limitada cerca de la frontera de los EE. UU.
- Entiendo que, cuando comienza mi cobertura de Denver Health Medicare Choice (HMO D-SNP) *O* Denver Health Medicare Select (HMO), debo obtener todos mis beneficios médicos y de medicamentos con receta de Denver Health Medicare Choice (HMO D-SNP) *O* Denver Health Medicare Select (HMO). Se cubrirán los beneficios y servicios brindados por Denver Health Medicare Choice (HMO D-SNP) *O* Denver Health Medicare Select (HMO) que están incluidos en el documento



“Evidencia de cobertura” (también conocida como contrato del miembro o acuerdo del suscriptor) de Denver Health Medicare Choice (HMO D-SNP) O Denver Health Medicare Select (HMO). Ni Medicare ni Denver Health Medicare Choice (HMO D-SNP) O Denver Health Medicare Select (HMO) pagarán los beneficios o servicios que no estén cubiertos.

- Entiendo que mi firma (o la firma de la persona legalmente autorizada para actuar en mi nombre) en esta solicitud significa que he leído y entendido el contenido de esta solicitud. Si un representante autorizado (tal como se describió anteriormente) firma la solicitud, esta firma certifica que:
 - 1) Esta persona está autorizada por la ley estatal para completar esta inscripción.
 - 2) La documentación de esta autoridad está disponible a solicitud de Medicare.

Firma:	Fecha de hoy:
Si es el representante autorizado, firme arriba y complete estos campos:	
Nombre:	Domicilio:
Número de teléfono:	Relación con el inscripto:

Sección 2: todos los campos de esta página son opcionales.

Responder estas preguntas es su elección. No se le puede negar la cobertura porque no los completa.

Seleccione uno si desea que le enviemos información en un idioma que no sea español.

Inglés

Seleccione uno si desea que le enviemos información en un formato accesible.

Braille Letras grandes CD de audio

Comuníquese con Denver Health Medicare Choice (HMO D-SNP) O Denver Health Medicare Select (HMO) al 303-602-2111 o al número gratuito 1-877-956-2111 si necesita información en un formato accesible que no sea el mencionado anteriormente. Nuestro horario de atención es de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana. Los usuarios de TTY pueden llamar al 711.

¿Trabaja? Sí No

¿Trabaja su cónyuge? Sí No

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

Quiero recibir materiales por correo electrónico (si corresponde).

Dirección de correo electrónico:

Pago de las primas del plan

Puede pagar la prima mensual del plan (incluida toda penalización por inscripción tardía que tenga actualmente o que deba) por correo o tarjeta de crédito todos los meses. **También puede optar por pagar la prima deduciéndola automáticamente de su beneficio del Seguro Social o de la Junta de Retiro Ferroviario (Railroad Retirement Board, RRB) todos los meses.**

Si tiene que pagar **un monto de ajuste mensual relacionado con el ingreso (Income Related Monthly Adjustment Amount, IRMAA) de la Parte D, debe pagar este monto adicional además de la prima del plan.** Por lo general, el monto se deduce de su beneficio del Seguro Social o puede recibir una factura de Medicare (o de RRB). **NO** pague IRMAA de la Parte D a Denver Health Medicare Choice (HMO D-SNP) O Denver Health Medicare Select (HMO).

Seleccione una opción para el pago de la prima:

Obtener una factura Deducir automáticamente de la Administración del Seguro Social (Social Security Administration, SSA) Deducir automáticamente de RRB

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 el plan Medicare Advantage (MA) o en el plan de medicamentos con receta (Prescription Drug Plans, PDP), para mejorar la atención y para pagar los beneficios de Medicare. Las secciones 1851 y 1860D-1 de la Ley de Seguro Social (Social Security Act) y el título 42 del Código de Reglamentos Federales (Code of Federal Regulations, CFR), artículos 422.50, 422.60, 423.30 y 423.32, autorizan la recopilación de esta información. CMS puede usar, divulgar e intercambiar datos de inscripción de los beneficiarios de Medicare como se especifica en el Aviso del Sistema de Registros (System of Records Notice, SORN), "Medicamentos con receta de Medicare Advantage (MARx)", sistema núm. 09-70-0588. Su respuesta a este formulario es voluntaria. Sin embargo, si no responde, la inscripción en el plan puede verse afectada.