



## ¿Quién puede utilizar este formulario?

Las personas con Medicare que deseen inscribirse en un plan Medicare Advantage.

### 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

**Nota:** 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:  
Elevate Medicare Advantage  
777 Bannock St., MC6000  
Denver, CO 80204

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

## ¿Cómo obtengo ayuda con este formulario?

Llame a Elevate Medicare Advantage al 303 602-2451. Los usuarios de TTY pueden llamar al 711.

O 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 Elevate Medicare Advantage al 303 602-2451/TTY 711 1-800-633-4227 y oprima 2 para asistencia en español y un representante estará disponible para asistirle.

## Personas que no tienen hogar

- Si quiere inscribirse en un plan pero no tiene residencia permanente, un apartado de correos, un domicilio de un refugio o una clínica, o el domicilio donde recibe el correo (p. ej., cheques del Seguro Social) puede considerarse su domicilio de residencia permanente.

# Formulario de solicitud de inscripción individual

Comuníquese con Elevate Medicare Advantage si necesita información en otro idioma o formato (braille). Para inscribirse en Elevate Medicare Advantage, proporcione la siguiente información:

<b>Sección 1: todos los campos de esta página son obligatorios (a menos que estén marcados como opcionales).</b>			
Seleccione el plan en el que desea inscribirse: <input type="checkbox"/> Elevate Medicare Choice (HMO D-SNP): \$41.60 por mes <input type="checkbox"/> Elevate Medicare Select (HMO): \$0 por mes			
Apellido: _____ Nombre: _____ (Opcional) Inicial del segundo nombre: _____			
			Sr. <input type="checkbox"/> Sra. <input type="checkbox"/>
Srta. <input type="checkbox"/>			
Fecha de nacimiento: (MM/DD/AAAA) (_____)	Sexo:	Número de teléfono particular:	Teléfono alternativo:
Domicilio de residencia permanente (No se permiten casillas de correo):			
Ciudad:	Condado:	Estado:	Código postal:
Domicilio postal (solo si es distinto del domicilio de residencia permanente):			
Ciudad:	Condado:	Estado:	Código postal:
Contacto de emergencia:		Relación con usted:	
Número de teléfono:		Dirección de correo electrónico:	
<b>Proporcione la información de su seguro de Medicare:</b>			
Use su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare para completar esta sección.		Nombre (como aparece en su tarjeta de Medicare): _____	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Complete esta información tal como aparece en su tarjeta de Medicare.</li> </ul>		Número de Medicare: _____	
O BIEN		Tiene derecho a: _____	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Adjunte una copia de su tarjeta de Medicare o su carta del Seguro Social o de la Junta de Retiro Ferroviario (Railroad Retirement Board) a su tarjeta de Medicare.</li> </ul>		Fecha de entrada en vigencia: SEGURO HOSPITALARIO (Parte A) _____ SEGURO MÉDICO (Parte B) _____	
		Usted debe tener la Parte A y la Parte B de Medicare para inscribirse en un plan Medicare Advantage.	

## 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.

¿Su origen es hispano, latino o español? Seleccione todas las opciones que correspondan.

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> No, no soy de origen hispano, latino o español. | <input type="checkbox"/> Sí, soy mexicano, mexicano estadounidense, chicano |
| <input type="checkbox"/> Sí, puertorriqueño                              | <input type="checkbox"/> Sí, cubano   |
| <input type="checkbox"/> Sí, otro origen hispano, latino o español       |   |
| <input type="checkbox"/> Elijo no responder.                             |   |

¿Cuál es su raza? Seleccione todas las opciones que correspondan.

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Indígena estadounidense o nativo de Alaska | <input type="checkbox"/> Indio asiático                       | <input type="checkbox"/> De color o afroestadounidense |
| <input type="checkbox"/> Chino                                      | <input type="checkbox"/> Filipino                             | <input type="checkbox"/> Guamani o Chamorro            |
| <input type="checkbox"/> Japonés                                    | <input type="checkbox"/> Coreano                              | <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái               |
| <input type="checkbox"/> Otro asiático                              | <input type="checkbox"/> Originario de otra isla del Pacífico | <input type="checkbox"/> Samoano                       |
| <input type="checkbox"/> Vietnamita                                 | <input type="checkbox"/> Blanco                               |  |
| <input type="checkbox"/> Elijo no responder.                        |   |  |

Marque una de las casillas a continuación si prefiere que le enviemos información en un idioma que no sea inglés o en un formato accesible:

- Español
- Braille, CD o letras grandes

Comuníquese con Elevate Medicare Advantage al 303-602-2111 o sin costo al 1-877-956-2111 si necesita información en un formato o idioma accesible que no sea el indicado anteriormente. Nuestro horario de atención es de 8 a.m. a 8 p.m. los siete días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.

## Sección 3: pago de su prima

Puede pagar la prima mensual del plan (incluida toda penalización por inscripción tardía que tenga actualmente o que deba) por correo, tarjeta de crédito o débito 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 se le aplicó un monto de ajuste mensual relacionado con el ingreso (Income Related Monthly Adjustment Amount, IRMAA) para la Parte D, la Administración del Seguro Social (Social Security Administration) se lo notificará. Usted será responsable de pagar este monto adicional además de la prima del plan. Se le retendrá el monto de su cheque de beneficios del Seguro Social, o bien, Medicare o RRB le facturarán directamente. NO le pague a Elevate Medicare Advantage el monto IRMAA de la Parte D.

Es posible que las personas con ingresos limitados cumplan con los requisitos para recibir Extra Help (Ayuda adicional) para pagar los costos de sus medicamentos con receta. Si es elegible, Medicare podría pagar el 75% o más de los costos de medicamentos, incluidas las primas mensuales para medicamentos con receta, los deducibles anuales y el coseguro. Además, aquellos que cumplan con los requisitos no estarán sujetos a una brecha de cobertura ni a una penalización por inscripción tardía.

Muchas personas son elegibles para recibir este beneficio de ahorro y ni siquiera lo saben. Para obtener más información acerca de Extra Help (Ayuda adicional), comuníquese con la oficina del Seguro Social de su localidad o llame al Seguro Social al 1-800-772-1213. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778. También puede solicitar Extra Help (Ayuda adicional) en Internet en [www.socialsecurity.gov/prescriptionhelp](http://www.socialsecurity.gov/prescriptionhelp).

Si usted cumple con los requisitos para recibir Extra Help (Ayuda adicional) para los costos de cobertura de medicamentos con receta de Medicare, Medicare pagará la totalidad o parte de la prima del plan. Si Medicare

paga solo una parte de esta prima, le enviaremos una factura por el monto que Medicare no cubra. Si usted no selecciona una opción de pago, recibirá una factura todos los meses con nuestra opción de facturación mensual.

**Seleccione una opción para el pago de la prima:**

- Reciba una factura mensual que usted enviará junto con un cheque o un giro postal a nombre de Denver Health Medical Plan, Inc. por su prima mensual. Tenga en cuenta lo siguiente: no podemos aceptar pagos en efectivo. Los pagos de la prima vencen el último día de cada mes y deben enviarse al siguiente domicilio:  
Elevate Medicare Advantage  
PO BOX 5363  
Denver, CO 80217-9909
- Puede hacer que la prima del plan se cargue mensualmente a una tarjeta de crédito o débito. Comuníquese con Servicios al Miembro llamando al 303-602-2111 para obtener más información sobre cómo pagar la prima del plan de esta forma. Los usuarios de TTY deben llamar al 711. Nuestro horario de atención es de 8 a.m. a 8 p.m. los siete días de la semana.
- Deducción automática de su cheque mensual de beneficios del Seguro Social o la Junta de Retiro Ferroviario (Railroad Retirement Board, RRB)  
Recibo beneficios mensuales de:  
Seguro Social   
RRB

(La deducción del Seguro Social/RRB puede tardar dos o más meses en comenzar después de que el Seguro Social o la RRB aprueben la deducción. En la mayoría de los casos, si el Seguro Social o la RRB aceptan su solicitud de deducción automática, la primera deducción de su cheque de beneficios del Seguro Social o la RRB incluirá todas las primas adeudadas a partir de la fecha de entrada en vigencia de su inscripción hasta el momento en que comience la retención. Si el Seguro Social o la RRB no aprueban su solicitud de deducción automática, le enviaremos una factura en papel de sus primas mensuales).

**Sección 4: lea y responda estas preguntas importantes:**

Algunas personas pueden tener otra cobertura de medicamentos, incluso otro seguro privado, TRICARE, cobertura de beneficios de salud para empleados federales, beneficios de Asuntos de Veteranos (Veterans Affairs, VA) o programas estatales de asistencia farmacéutica. ¿Tendrá otra cobertura de medicamentos con receta además de Elevate Medicare Advantage?

Sí  No

Si la respuesta es "sí", escriba las demás coberturas y su/s número/s de id. de esta/s cobertura/s:

Nombre de la otra cobertura: \_\_\_\_\_ N.º de id. de esta cobertura: \_\_\_\_\_ N.º de grupo de esta cobertura: \_\_\_\_\_

¿Reside usted en un centro de atención a largo plazo, como un hogar para personas mayores?

Sí  No

Si la respuesta es "sí", proporcione la siguiente información:

Nombre de la institución: \_\_\_\_\_ Domicilio: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_

¿Está usted inscrito en el programa de Medicaid de su estado?

Sí  No

Si la respuesta es "sí", proporcione su número de Medicaid:

¿Usted o su cónyuge trabajan? Inscrito: Sí  No

Cónyuge: Sí  No

¿Es usted elegible para los beneficios de Medicare y Medicaid? Sí  No

Si la respuesta es "sí", proporcione su número de Medicaid: \_\_\_\_\_ o adjunte una copia de su tarjeta o carta de Medicaid.

**Lea esta información importante.**

Si actualmente tiene cobertura médica de un empleador o sindicato, inscribirse en Elevate Medicare Advantage podría afectar los beneficios médicos que recibe de su empleador o sindicato. Podría perder la cobertura de salud del empleador o del sindicato si se inscribe en Elevate Medicare Advantage. Lea las comunicaciones que su empleador o sindicato le envían. Si tiene preguntas, visite su sitio web o comuníquese con la oficina que aparece en las comunicaciones. Si no hay ninguna información sobre con quién debe comunicarse, su administrador de beneficios o la oficina que responde consultas sobre su cobertura pueden ayudarlo.

**Lea y firme a continuación.**

**Al completar esta solicitud de inscripción, acepto lo siguiente:**

Elevate Medicare Advantage es un plan Medicare Advantage y tiene un contrato con el gobierno federal. Debo mantener ambos el seguro hospitalario (Parte A) y el seguro médico (Parte B) para permanecer inscrito en Elevate Medicare Advantage. Puedo estar en un solo plan Medicare Advantage a la vez, y entiendo que mi inscripción en este plan cancelará automáticamente mi inscripción en otro plan de salud o de medicamentos con receta de Medicare.

Entiendo que solo puedo estar inscrito en un plan MA a la vez, y que la inscripción en este plan cancelará mi inscripción de manera automática en otro plan MA (se aplican excepciones para los planes MA PFFS, MA MSA).

Al inscribirme en Medicare Advantage, acepto que Elevate Medicare Advantage compartirá mi información con Medicare, quien puede usarla para realizar un seguimiento de mi inscripción, para realizar pagos y para otros fines permitidos por la ley federal que autoricen la recopilación de esta información (ver 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.

Entiendo que cuando comience la cobertura de Elevate Medicare Advantage, debo obtener todos mis beneficios médicos y de medicamentos con receta de Elevate Medicare Advantage. Los beneficios y servicios ofrecidos por Elevate Medicare Advantage e incluidos en el documento "*Evidencia de cobertura*" de Elevate Medicare Advantage (también conocido como contrato del miembro o acuerdo de suscriptor) estarán cubiertos. Ni Medicare ni Elevate Medicare Advantage pagarán los beneficios o servicios que no están cubiertos.

Es mi responsabilidad informarles acerca de cualquier cobertura de medicamentos con receta que tenga o pudiera tener en el futuro. Entiendo que si no tengo cobertura de Medicare de medicamentos con receta o una cobertura acreditable para medicamentos con receta (tan buena como la de Medicare), es posible que tenga que pagar una penalización por inscripción tardía si me inscribo para recibir cobertura de Medicare para

medicamentos con receta en el futuro. La inscripción en este plan generalmente es para todo el año. Una vez que me inscriba, puedo dejar este plan o hacer cambios solo en ciertas épocas del año cuando haya un período de inscripción (por ejemplo: del 15 de octubre al 7 de diciembre de cada año), o en ciertas circunstancias especiales.

Elevate Medicare Advantage presta servicios en un área específica. Si me mudo fuera del área en donde Elevate Medicare Advantage presta servicios, debo notificar al plan para poder cancelar la inscripción y buscar un nuevo plan en mi nueva área. Una vez que soy miembro de Elevate Medicare Advantage, tengo derecho a apelar las decisiones del plan sobre pagos o servicios si no estoy de acuerdo. Leeré el documento *Evidencia de cobertura* de Elevate Medicare Advantage cuando lo obtenga para saber qué reglas debo seguir para obtener cobertura con este plan Medicare Advantage. Entiendo que las personas que tienen Medicare no están cubiertas generalmente por Medicare cuando están fuera del país, excepto por una cobertura limitada cerca de la frontera con Estados Unidos.

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 si estoy recibiendo asistencia de un agente de ventas, un corredor u otra persona empleada o contratada por Denver Health Medical Plan, Inc., es posible que a él o ella se le pague según mi inscripción en Elevate Medicare Advantage.

**Divulgación de información:**

Al inscribirme en este plan de salud de Medicare, acepto que Elevate Medicare Advantage divulgará mi información a Medicare y otros planes según sea necesario para fines de tratamiento, pago y operaciones de atención médica. También acepto que Elevate Medicare Advantage divulgará mi información, incluso mis datos sobre medicamentos con receta, a Medicare, quien a su vez puede divulgarlos para investigación y otros fines que cumplan con todas las leyes y los reglamentos federales aplicables. 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 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:
--------	---------------

**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 de planes Medicare Advantage (MA), para mejorar la atención y para pagar los beneficios de Medicare. La sección 1851 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 y 422.60, autorizan la recopilación de esta información. Los CMS pueden 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.

Si usted es el representante autorizado, debe firmar arriba y proporcionar la siguiente información:

Nombre: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Relación con el inscrito: \_\_\_\_\_

Home Office Use

Agent Name: \_\_\_\_\_

Agent Signature: \_\_\_\_\_

Today's Date: \_\_\_\_\_

Agent NPN: \_\_\_\_\_