



¿QUIÉN PUEDE USAR ESTE FORMULARIO?

Personas con Medicare que quieren unirse a un plan de Medicare Advantage.

Para unirse a un plan, debe:

- » Ser ciudadano de los Estados Unidos o estar legalmente en el país
- » Vivir en el área de servicio del plan

Importante: Para unirse a un plan de Medicare Advantage, también debe tener ambos de los siguientes:

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

¿CUÁNDO DEBO USAR ESTE FORMULARIO?

Puede unirse a un plan:

- » Entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre de cada año (para tener 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 unirse 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 su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare)
- » Su número de teléfono y dirección permanente

Nota: Debe completar todos los puntos de la Sección 1. Los puntos de la Sección 2 son opcionales, no se le puede negar cobertura por no completarlos.

RECORDATORIOS:

- » Si desea unirse a 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.
- » Su plan le enviará una factura correspondiente a la prima del plan. Puede optar por inscribirse para que los pagos de sus primas se deduzcan de su cuenta bancaria o beneficio mensual del Seguro Social (o Junta de Retiro Ferroviario).

¿CUÁL ES EL PRÓXIMO PASO?

Envíe su formulario completo y firmado a:

Doctors HealthCare Plans, Inc.
Atención: Departamento de inscripciones
2020 Ponce de Leon Blvd., PH1
Coral Gables, FL 33134

En cuanto procesen su solicitud, se comunicarán con usted.

¿CÓMO PUEDO OBTENER AYUDA PARA COMPLETAR ESTE FORMULARIO?

Llame a Doctors HealthCare Plans, Inc. directamente al (786) 460-3427 o al número gratuito (833) 342-7463. 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 Doctors HealthCare Plans, Inc. al (786) 460-3427 o gratis (833) 342-7463, TTY al 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.

PERSONAS SIN HOGAR

Si desea unirse a un plan pero no tiene residencia permanente, un apartado de correos, una dirección de un refugio o clínica, o la dirección donde recibe su correspondencia (por ejemplo, cheques del seguro social) pueden ser considerados como su dirección de residencia permanente.

Conforme a la Ley de Reducción de Trámites de 1995, no se requiere que ninguna persona responda a una recopilación de información a menos que muestre un número de control válido de la Oficina de Administración y Presupuesto (OMB, por sus siglas en inglés). El número de control válido de la OMB para esta recopilación de información es 0938-NEW. Se estima que el tiempo necesario para completar esta información es un promedio de 20 minutos por respuesta, incluido el tiempo para revisar las instrucciones, buscar los recursos de datos existentes, recopilar los datos necesarios y completar y revisar la recopilación de información. Si tiene algún comentario sobre la precisión de la(s) estimación(es) de tiempo o sugerencias para mejorar este formulario, por favor 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 o ningún artículo con su información personal (como reclamos, pagos, registros médicos, etc.) a la oficina de PRA Reports Clearance Office. Todo lo que recibamos que no se trate de cómo mejorar este formulario o carga de recolección (descrito en OMB 0938-1378) será destruido. No se conservará, revisará ni remitirá al plan. Consulte la sección titulada "¿Cuál es el próximo paso?" en esta página para enviar su formulario completo al plan.



FECHA EFECTIVA DE LA PROPUESTA

FORMULARIO DE SOLICITUD

Todos los campos en esta página son obligatorios (a menos que digan "opcional").

SELECCIONE EL PLAN AL QUE SE QUIERE UNIR

PLANES DE MIAMI-DADE

- ☐ **DrMax** (HMO) H4140-001
 ☐ **DrPlus** (HMO D-SNP) H4140-002
☐ **DrExtraCare** (HMO C-SNP) H4140-004
 ☐ **DrValue** (HMO) H4140-005
☐ **DrSelect** (HMO) H4140-012
 ☐ **DrFlex** (HMO D-SNP) H4140-013

PLANES DE BROWARD

- ☐ **DrMax-B** (HMO) H4140-009
 ☐ **DrPlus-B** (HMO D-SNP) H4140-010
 ☐ **DrElite-B** (HMO) H4140-014

SECCIÓN 1 – TODOS LOS CAMPOS EN ESTA PÁGINA SON OBLIGATORIOS (A MENOS QUE DIGAN "OPCIONAL")

APELLIDO NOMBRE Inicial del segundo nombre (opcional)

Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Número de teléfono ()	Teléfono móvil ()
----------------------------------	---	------------------------	--------------------

Dirección de residencia permanente (no ingrese un apartado postal o PO Box) Apto. #

Ciudad Condado (opcional) Estado Código postal

Correo electrónico

Dirección postal, si es diferente a su dirección permanente (se permite un apartado postal o PO Box)

Dirección Ciudad Estado Código postal

Al dar su correo electrónico y número de teléfono, está dando autorización para recibir mensajes por teléfono automarcados y pregrabados, publicidad informativa y mensajes de texto acerca del cuidado de la salud. Puede retirar el consentimiento en cualquier momento llamando al Departamento de Servicios al Asociado al número (833) 342-7463.

SU INFORMACIÓN DE MEDICARE

Número de Medicare _____ - _____ - _____

CONTACTO DE EMERGENCIA

Nombre	Numero de teléfono	Relación
--------	--------------------	----------

RESPONDA ESTAS PREGUNTAS IMPORTANTES

¿Tendrá otra cobertura de medicamentos recetados (como VA, TRICARE) además de Doctors HealthCare Plans, Inc.?

☐ Sí ☐ No Si la respuesta es "Sí," indique su otra cobertura y su(s) número(s) de identificación para esa cobertura:

.....
Nombre de la otra cobertura Número de asociado para la cobertura Número de grupo para la cobertura

Si estás aplicando a un plan de necesidades especiales, por favor seleccione uno de los siguientes:

- » Si se está inscribiendo en el plan **DrExtraCare**, tiene: ☐ Insuficiencia Cardíaca Crónica ☐ Diabetes Mellitus
- » Si se está inscribiendo en el plan **DrPlus, DrFlex o DrPlus-B Plan**, inserte su número de Medicaid:

IMPORTANTE: LEA Y FIRME A CONTINUACIÓN

- » Debo mantener tanto el seguro hospitalario (Parte A) como el seguro médico (Parte B) para permanecer en Doctors HealthCare Plans, Inc.
- » Al unirme a este plan de Medicare Advantage, reconozco que Doctors HealthCare Plans, Inc. compartirá mi información con Medicare, la cual se puede usar para rastrear mi inscripción, para realizar pagos y para otros fines permitidos por la ley federal que autoriza la recopilación de esta información (consulte la Declaración de la Ley de Privacidad a continuación). Su respuesta a este formulario es voluntaria. Sin embargo, la falta de respuesta puede afectar la inscripción en el plan.
- » Entiendo que solo puedo inscribirme en un plan de MA a la vez, y que la inscripción en este plan terminará automáticamente mi inscripción en otro plan de MA (se aplican excepciones para los planes MA PFFS, MA MSA).
- » Entiendo que cuando comience mi cobertura de Doctors HealthCare Plans, Inc., debo obtener todos mis beneficios médicos y de medicamentos recetados de Doctors HealthCare Plans, Inc. Los beneficios y servicios proporcionados por Doctors HealthCare Plans, Inc. y contenidos en mis documentos de "Evidencia de cobertura" de Doctors HealthCare Plans, Inc. (también conocido como el contrato de miembro o acuerdo de suscriptor) estarán cubiertos. Ni Medicare ni Doctors HealthCare Plans, Inc. pagará beneficios o servicios que no estén cubiertos.
- » La información de este formulario de inscripción es correcta. Entiendo que, si proporciono información falsa intencionalmente en este formulario, se cancelará mi inscripción en el plan.
- » 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 comprendo el contenido de esta solicitud. Si un representante autorizado firma esta solicitud (como se describe arriba), esta firma certifica que:
 1. Esta persona está autorizada en virtud de las leyes estatales para completar esta inscripción, y
 2. La documentación de dicha autoridad está disponible a petición de Medicare.

.....
Firma

.....
Fecha de hoy

.....
Firma del testigo (si aplica)

.....
Fecha de hoy

SI ERES EL REPRESENTANTE AUTORIZADO, DEBE FIRMAR ARRIBA Y COMPLETAR LA SIGUIENTE INFORMACIÓN

.....
Nombre (en letra de imprenta)

.....
Dirección

.....
Número de teléfono

.....
Relación con el afiliado

SECCIÓN 2 – TODOS LOS CAMPOS EN ESTA PÁGINA SON OPCIONALES**Responder estas preguntas es su elección. No se le puede negar cobertura por no completarlos.****1. ¿Eres de origen Hispano, Latino o Español? Seleccione todo lo que le corresponda.**

- ☐ No, no de origen Hispano, Latino o Español
- ☐ Sí, Mexicano, Mexicano-Americano o Chicano
- ☐ Sí, Puertorriqueño
- ☐ Sí, Cubano
- ☐ Sí, otro origen Hispano, Latino o Español
- ☐ **Elijo no responder**

2. ¿Cuál es su raza? Seleccione todo lo que le corresponda.

- ☐ Indio Americano o Nativo de Alaska
- ☐ Negro o Afroamericano
- Asiático:
- ☐ Asiático Indio
- ☐ Chino
- ☐ Filipino
- ☐ Japonés
- ☐ Coreano
- ☐ Vietnamita
- ☐ Otros Asiáticos
- Hawaiano Nativo e Isleño del Pacífico:
- ☐ Guameño o Chamorro
- ☐ Hawaiano Nativo
- ☐ Samoano
- ☐ Otros Isleños del Pacífico
- ☐ Blanco
- ☐ **Elijo no responder**

3. Seleccione uno si desea que le enviemos información en un idioma que no sea inglés: ☐ Español**4. Seleccione uno si desea que le enviemos información en un formato accesible:**

- ☐ CD de audio ☐ Braille ☐ Tamaño de letra grande

Por favor comuníquese con Doctors HealthCare Plans, Inc. al (833) 342-7463 si necesita información en un formato accesible que no se haya mencionado anteriormente. El Departamento de Servicios al Asociado está disponible los 7 días de la semana, de 8AM a 8PM EST. Los usuarios de TTY pueden llamar al 711.

¿Usted trabaja? ☐ Sí ☐ No¿Su cónyuge trabaja? ☐ Sí ☐ No**Indique su Proveedor de atención primaria (PCP), clínica o centro de salud:**.....
Nombre del Proveedor de atención primaria (PCP).....
Número de identificación del Proveedor de atención primaria

Me interesa recibir los siguientes materiales por correo electrónico (seleccione uno o más):

- ☐ Evidencia de cobertura ☐ Resumen de beneficios ☐ Directorio de proveedores ☐ Cartas específicas solicitadas

Correo electrónico:

CÓMO PAGAR LAS PRIMAS DE SU PLAN

Puede pagar su prima mensual por correo todos los meses, incluida cualquier multa por inscripción tardía que tenga actualmente o pueda adeudar. **También puede optar por pagar su prima realizando retiros automáticos de su beneficio del Seguro Social o de la Junta de Retiro Ferroviario (RRB) cada mes.**

- ☐ Por correo cada mes
- ☐ Retiro automático de su beneficio mensual del Seguro Social
- ☐ Retiro automático de su beneficio mensual de la Junta de Retiro Ferroviario (RRB)

Si tiene un Monto de ajuste mensual relacionado con los ingresos de la Parte D (Parte D-IRMAA), debe pagar esta cantidad adicional además de la prima de su 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 la Parte D-IRMAA a Doctors HealthCare Plans, Inc.

DECLARACIÓN DE LA LEY DE PRIVACIDAD

La agencia llamada "Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid" (CMS, por sus siglas en inglés) recopila información sobre los planes de Medicare para llevar a cabo el seguimiento de la inscripción de los beneficiarios en los planes de Medicare Advantage (MA), para mejorar la atención y para el pago de los beneficios de Medicare. Las secciones 1851 y 1860D-1 de la Ley del Seguro Social y CFR §§ 422.50 y 422.60 autorizan la recopilación de esta información. CMS puede usar, divulgar e intercambiar datos de inscripción de beneficiarios de Medicare como se especifica en el Aviso del Sistema de Registros (SORN, por sus siglas en inglés) "Medicamentos recetados de Medicare Advantage (MARx)," Sistema No. 09-70-0588. Su respuesta a este formulario es voluntaria. Sin embargo, la falta de respuesta puede afectar la inscripción en el plan.

PARA SER COMPLETADO POR UN AGENTE DE VENTAS LICENCIADO DE DOCTORS HEALTHCARE PLANS, INC.

.....
Nombre del Agente de Ventas Licenciado (si asistió en la inscripción) Afiliación de la agencia Fecha de hoy

.....
Firma del Agente de Ventas Licenciado Número del Agente de Ventas Licenciado

AGENTE DE VENTAS LICENCIADO — UTILICE UNO DE LOS SIGUIENTES CÓDIGOS PARA EL TIPO DE CITA

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Portal de DHCP | <input type="checkbox"/> Aplicación en papel |
| <input type="checkbox"/> Aplicación recibido por correo electrónico | <input type="checkbox"/> Aplicación por teléfono |
| <input type="checkbox"/> Aplicación recibido por fax | <input type="checkbox"/> Aplicación recibido por correo |

Doctors HealthCare Plans, Inc. es un plan HMO con un contrato de Medicare y la Agencia para la Administración de Atención Médica del Estado de la Florida. La afiliación en Doctors HealthCare Plans, Inc. depende de la renovación del contrato.

CODIGO	ENUNCIADOS SOBRE EL PERIODO DE INSCRIPCIÓN
<input type="checkbox"/> IEP/ICEP (Parte B)	Soy nuevo en Medicare.
<input type="checkbox"/> AEP-A	Período anual de elección.
<input type="checkbox"/> MAOEP-M	Estoy afiliado en un plan de Medicare Advantage y deseo hacer un cambio durante el Período de inscripción abierta de Medicare Advantage (MA OEP).
<input type="checkbox"/> SEP-V	Recientemente me mudé fuera del área de servicio de mi plan actual o recientemente me mudé y este plan es una nueva opción para mí. Me mudé el _____ (indique la fecha).
<input type="checkbox"/> SEP-V	Recientemente fui liberado de la Prision. Fui liberado el _____ (indique la fecha).
<input type="checkbox"/> SEP-V	Recientemente regresé a los Estados Unidos después de haber vivido permanentemente fuera del país. Resgrese a los Estados Unidos el _____ (indique la fecha).
<input type="checkbox"/> SEP-U	Recientemente hubo un cambio con mi Medicaid (recientemente obtuve Medicaid, tuve un cambio de nivel de asistencia de Medicaid o perdí Medicaid).
<input type="checkbox"/> SEP-U	Recientemente hubo un cambio en la "Ayuda Adicional" que recibo para pagar la cobertura de medicamentos recetados de Medicare (recientemente obtuve "Ayuda Adicional," hubo un cambio en el nivel de "Ayuda Adicional" o perdí la "Ayuda Adicional") el _____ (indique la fecha).
<input type="checkbox"/> SEP-L	Tengo ambos Medicare y Medicaid (o mi estado ayuda a pagar por las primas de mi Medicare) o recibo "Ayuda Adicional" para pagar la cobertura de mis medicamentos recetados, pero no he tenido un cambio.
<input type="checkbox"/> SEP-T	Me voy a mudar, vivo en o recientemente me fui de un Centro de atención a largo plazo (por ejemplo, una residencia de ancianos o centro de atención a largo plazo). Vivo en/me iré a vivir a/me iré del centro el _____ (indique la fecha).
<input type="checkbox"/> S 01	Fui afectado por una emergencia climática o un desastre grave (según lo declarado por la Agencia Federal para el Manejo de Emergencias, FEMA, o por una entidad gubernamental federal, estatal o local). Una de las otras opciones listadas aplicaba a mi caso, pero no pude inscribirme debido al desastre natural.
<input type="checkbox"/> S 11	Mi plan está finalizando su contrato con Medicare, o Medicare está finalizando su contrato con mi plan.
<input type="checkbox"/> S 22	Recientemente perdí involuntariamente mi cobertura de medicamentos con receta (una cobertura tan buena como la de Medicare). Perdí mi cobertura de medicamentos el _____ (indique la fecha).
<input type="checkbox"/> S 27	Recientemente dejé un Programa de atención integral para las personas de edad avanzada (PACE, por sus siglas en inglés) el _____ (indique la fecha).
<input type="checkbox"/> S 30	Estoy solicitando un plan para enfermedades crónicas SNP.
<input type="checkbox"/> S 35	Estuve afiliado con un Plan de necesidades especiales (SNP, por sus siglas en inglés), pero perdí la calificación de necesidades especiales que se exige para estar en ese plan. Mi inscripción en el SNP se canceló el _____ (indique la fecha).
<input type="checkbox"/> S 37	Recientemente obtuve el estado de presencia legal en los Estados Unidos. Obtuve este estado el _____ (indique la fecha).
<input type="checkbox"/> LECW	Dejaré la cobertura de mi empleador o sindicato el _____ (indique la fecha).
<input type="checkbox"/> OTH	Ninguno de estos enunciados aplica a mi caso; sin embargo, creo que soy elegible debido a una circunstancia especial que permitiría una excepción para inscribirme (sujeto a aprobación). _____ (Por favor explique)

Si ninguno de estos enunciados aplica a su caso, o no lo sabe con certeza, por favor comuníquese con Doctors HealthCare Plans, Inc. al (833) 342-7463. Si necesita información en un formato accesible o en un idioma que no sea el que se indica arriba, por favor llame a nuestro Departamento de Servicios al Asociado. Estamos disponibles los 7 días de la semana, de 8AM a 8PM EST. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.