

HEALTH | CHOICE  
GENERATIONS

Health Choice Generations Utah (HMO D-SNP)  
1-844-457-8943 (TTY 711)  
8AM - 8 PM, Lunes - Viernes (o los 7 días de la semana, Octubre - Marzo)  
[www.healthchoicegenerations.com](http://www.healthchoicegenerations.com)

## IMPORTANTE

Antes de completar cada formulario, inserte el aglomerado adjunto entre cada hoja de carbón de dos páginas..

Cópia BLANCA = Health Choice Generations Utah (HMO D-SNP)  
Cópia ROSA = Beneficiario  
Cópia AMARILLA = Agencia

# FORMULARIO DE SOLICITUD DE INSCRIPCION

Teléfono: 1-844-457-8943

Usuarios de TTY: 711

8AM – 8PM, Lunes – Viernes ( o los 7 días de la semana, Octubre – Marzo)

Health Choice Generations Utah  
(HMO D-SNP)

[www.healthchoicegenerations.com](http://www.healthchoicegenerations.com)

Áreas de Servicio: Davis, Salt Lake,  
Tooele, Utah, y Weber

Comuníquese con Health Choice Generations Utah si necesita información en otro idioma o formato (Braille).

## ¿Quién puede utilizar este formulario?

Personas con Medicare que desean unirse a un plan Medicare Advantage o un plan de medicamentos recetados de Medicare

## Para unirse a un plan, debe:

- Ser ciudadano de los Estados Unidos o estar legalmente presente en los EE. UU.
- Vivir en el área de servicio del plan

**Importante:** Para unirse a un plan Medicare Advantage, también debe tener ambos:

- Medicare Parte A (Seguro Hospitalario)
- Medicare Parte B (Seguro médico)

## ¿Cuándo utilizo este formulario?

Puede unirse a un plan:

- Entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre de cada año (para la 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](http://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 dirección y número de teléfono permanentes

According to the Paperwork Reduction Act of 1995, no persons are required to respond to a collection of information unless it displays a valid OMB control number. The valid OMB control number for this information collection is 0938-NEW. The time required to complete this information is estimated to average 20 minutes per response, including the time to review instructions, search existing data resources, gather the data needed, and complete and review the information collection. If you have any comments concerning the accuracy of the time estimate(s) or suggestions for improving this form, please write to: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

### IMPORTANT

Do not send this form or any items with your personal information (such as claims, payments, medical records, etc.) to the PRA Reports Clearance Office. Any items we get that aren't about how to improve this form or its collection burden (outlined in OMB 0938-1378) will be destroyed. It will not be kept, reviewed, or forwarded to the plan. See "What happens next?" on this page to send your completed form to the plan.

H9455\_EnrollmentForm\_C es  
[Copia Blanca = HCG Utah]

Plan 001  
[Copia Rosa = Miembro]

OMB No. 0938-1378 Expires:7/31/2023  
[Copia Amarilla = Agencia]

**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 complete.

## 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 por la prima del plan. Puede optar por inscribirse para que los pagos de sus primas se deduzcan de su cuenta bancaria o de su beneficio mensual del Seguro Social (o de la Junta de Jubilación Ferroviaria).

## ¿Que sigue despues?

Envíe su formulario completo y firmado a:

Health Choice Generations Utah  
PO Box 45900  
Salt Lake City, UT 84145

Una vez que procesemos su solicitud para unirse, nos comunicaremos con usted.

## ¿Cómo obtengo ayuda con este formulario?

En español: Llame a Health Choice Generations Utah al 1-844-447-8943 / 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.

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

Seleccione el plan al que desea unirse:

**Health Choice Generations Utah (HMO D-SNP) H9455\_001 – \$0.00 - \$36.60 por mes**

Apellido:	Nombre:	Inicial Medio (opcional):	Sr.	Sra.	Sta.
-----------	---------	---------------------------	-----	------	------

Fecha de Nacimiento: (MM-DD-AAAA)	Sexo: Masculino      Femenino	Número de Teléfono:
-----------------------------------	----------------------------------	---------------------

Domicilio de la Residencia Permanente (no ingrese un apartado de correos):

Ciudad:	Condado (opcional):	Estado:	Código Postal:
---------	---------------------	---------	----------------

Domicilio si distinto al de Residencia Permanente (PO Box permitido):

Domicilio:	Ciudad:	Estado:	Código Postal:
------------	---------	---------	----------------

**Su información de Medicare:**

Número de Medicare:

**Responda a estas preguntas importantes:**

¿Tendrá otra cobertura de medicamentos recetados (como VA, TRICARE) además de Health Choice Generations Utah?      Sí      No

Nombre de la otra cobertura:      Número de miembro de esa coverage:      Nombre de grupo de esa cobertura:

¿Es residente de un centro de atención a largo plazo, como un hogar de ancianos?:      Sí      No

En caso que "Sí," proporcione el nombre y la dirección de la instalación:

¿Está inscrito en su programa estatal de Medicaid?      Sí      No

En caso que "Sí," proporcione su número de Medicaid:

## IMPORTANTE: Lea y firme a continuación:

- Debo mantener tanto el Hospital (Parte A) como el Médico (Parte B) para permanecer en Health Choice Generations Utah.
- Debo mantener el Hospital (Parte A) o el Médico (Parte B) para permanecer en Health Choice Generations Utah.
- Al unirme a este Plan Medicare Advantage o al Plan de medicamentos recetados de Medicare, reconozco que Health Choice Generations Utah compartirá mi información con Medicare, quien puede usarla 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.
- La información en este formulario de inscripción es correcta a lo mejor de mi conocimiento. Entiendo que si intencionalmente ayeso información falsa en este formulario, seré desafiado del plan.
- Entiendo que las personas con Medicare generalmente no están cubiertas por Medicare mientras están fuera del país, excepto por la cobertura limitada cerca de la frontera con los Estados Unidos.
- Entiendo que cuando comience mi cobertura de de Health Choice Generations Utah, debo obtener todos mis beneficios médicos y de medicamentos recetados de Health Choice Generations Utah. Los beneficios y servicios proporcionados por Health Choice Generations Utah y contenidos en mi Health Choice Generations Utah documento de "Evidencia de cobertura" (también conocido como contrato de miembro o acuerdo de suscriptor) estarán cubiertos. Ni Medicare ni Health Choice Generations Utah pagarán por 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 entiendo el contenido de esta aplicación. Si está firmada por un representante autorizado (como se describió anteriormente), esta firma certifica que:
  - 1) Esta persona está autorizada por la ley estatal para completar esta inscripción, y
  - 2) La documentación de esta autoridad está disponible a petición de Medicare.

**Firma:**

**Fecha de hoy:**

**Si usted es el representante autorizado, firme arriba y llene estos campos:**

Nombre:

Dirección:

Número de Teléfono:

Relación con el afiliado:

## Sección 2 – Todos los campos de esta sección son opcionales

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

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

Español

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

Braille      Letra Grande      Audio CD

Comuníquese con Health Choice Generations Utah al 844-457-8943 si necesita información en un formato accesible que no sea el mencionado anteriormente. Nuestro horario de oficina es de 8 a.m. – 8 p.m. de lunes – viernes (o los 7 días de la semana, Octubre – Marzo), los usuarios de TTY pueden llamar al 711.

¿Usted trabaja?      Sí      No

¿Trabaja su cónyuge?      Sí      No

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

Quiero recibir los siguientes materiales por correo electrónico. Seleccione uno o más.

Resumen de Beneficios      Formulario de medicamentos      Directorio de proveedores y farmacias

Todos los materiales para miembros

Dirección de correo electrónico:

## Pagando las primas de su plan

Puede pagar su prima mensual del plan (incluida cualquier multa por inscripción tardía que tenga actualmente o que deba) por correo cada mes. **También puede optar por pagar su prima al retirarla automáticamente de su beneficio del Seguro Social o de la Junta de Retiro Ferroviario (RRB) cada mes.**

**Si tiene que pagar un monto de ajuste mensual relacionado con los ingresos de la Parte D (Parte D-IRMAA), debe pagar este monto 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 la RRB). NO le pague a Health Choice Generations Utah la Parte D-IRMAA.

Las personas con ingresos limitados pueden calificar para recibir ayuda adicional para pagar sus costos de medicamentos recetados. Si es elegible, Medicare podría pagar el 75% o más de sus costos de medicamentos, incluidas las primas mensuales de medicamentos recetados, los deducibles anuales y el coaseguro. Además, aquellos que califiquen no estarán sujetos a la brecha de cobertura o una multa por inscripción tardía. Muchas personas son elegibles para estos ahorros y ni siquiera lo saben. Para obtener más información sobre esta ayuda adicional, comuníquese con su oficina local del Seguro Social o llame al Seguro Social al **1-800-772-1213**. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-800-325-0778**. También puede solicitar ayuda adicional en línea en **www.socialsecurity.gov/prescriptionhelp**.

Si califica para recibir ayuda adicional con los costos de la cobertura de medicamentos recetados de Medicare, Medicare pagará la totalidad o parte de la prima de su plan. Si Medicare paga solo una parte de esta prima, le facturaremos la cantidad que Medicare no cubre.

Si no selecciona una opción de pago, recibirá una factura cada mes.

Seleccione una opción de pago de prima:

Recibir una factura

Deducción automática de su cheque mensual de beneficios del Seguro Social o de la Junta de Jubilación ferroviaria (RRB, por sus siglas en Inglés).

Obtengo 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 el RRB aprueben la deducción. En la mayoría de los casos, si el Seguro Social o RRB acepta su solicitud de deducción automática, la primera deducción de su cheque de beneficios del Seguro Social o RRB incluirá todas las primas adeudadas desde la fecha de vigencia de su inscripción hasta el momento en que comience la retención. Si el Seguro Social o RRB no aprueban su solicitud de deducción automática, le enviaremos una factura en papel por sus primas mensuales)

## Solo para uso de oficina (Office Use Only):

Nombre del miembro del personal (si ayudó en la inscripción):

# de ID de Escritura:

Fecha de Efectividad:

[Enrollment Period when applicable] IEP:

AEP:

SEP (tipo):

Inscripción por Teléfono: Sí No *Si sí, se debe archivar la grabación de Alcance de Cita (SOA)*

Inscripción Electrónica: Sí No *Si no, debe completarse el Alcance de Cita (SOA)*

### IMPORTANT

Do not send this form or any items with your personal information (such as claims, payments, medical records, etc.) to the PRA Reports Clearance Office. Any items we get that aren't about how to improve this form or its collection burden (outlined in OMB 0938-1378) will be destroyed. It will not be kept, reviewed, or forwarded to the plan. See "What happens next?" on this page to send your completed form to the plan.

H9455\_EnrollmentForm\_C es

Plan 001

OMB No. 0938-1378 Expires:7/31/2023

[Copia Blanca = HCG Utah]

[Copia Rosa = Miembro]

[Copia Amarilla = Agencia]