
Medicare ha comenzado una iniciativa en la que los proveedores de atención médica que comparten una serie de objetivos en común dirigidos a mejorar la atención de los pacientes pueden trabajar juntos de manera más eficiente. Esta iniciativa reúne a profesionales de atención médica en una Organización Responsable del Cuidado de Salud (ACO), para que trabajen junto con Medicare para brindarle atención y servicios más coordinados.

Su médico se sumó a RHM Medicare Partners para participar de forma voluntaria en esta nueva iniciativa porque pensamos que nos ayudará a brindar atención de mejor calidad a nuestros pacientes.

Usted recibió esta carta y este formulario porque su médico u otro profesional de atención médica piensa que podría beneficiarse con la coordinación de la atención y los servicios preventivos que ofrece RHM Medicare Partners.

Usted puede usar este formulario para confirmar que su médico es el médico u otro profesional de atención médica principal con el que usted se atiende o el lugar principal al que usted va para recibir atención de rutina, para ayudar a determinar si RHM Medicare Partners debe ayudar a coordinar su atención. La atención de rutina puede incluir la atención habitual y los controles que recibe de un médico u otro profesional de atención médica y la atención por otros problemas de salud crónicos, como asma, diabetes e hipertensión. **Complete y entregue el formulario en:**

RHM Medicare Partners
P.O. Box 5098
Troy, MI 48007

Otra opción es que, en lugar de entregar este formulario, también puede iniciar sesión en Medicare.gov y seleccionar su médico u otro profesional de atención médica principal, para determinar si RHM Medicare Partners debe ayudar a coordinar su atención. Si usted realiza una selección en este formulario y realiza una selección diferente en Medicare.gov, Medicare priorizará la selección presentada de manera más reciente.

Sus beneficios NO cambiarán, y puede visitar cualquier médico, otro profesional de atención médica u hospital.

Independientemente de si completa este formulario o no, o de que seleccione un médico u otro profesional de atención médica en Medicare.gov, sigue siendo elegible para recibir los mismos beneficios de Medicare y sigue teniendo derecho a usar cualquier médico, otro profesional de atención médica u hospital que acepte Medicare, en cualquier momento. Si tiene preguntas, no dude en hablar con su médico u otro profesional de atención médica, llamar a RHM Medicare Partners al **833-371-2573** o llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para preguntar sobre las ACO. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

La decisión de completar este formulario o seleccionar un médico u otro profesional de atención médica en Medicare.gov es suya Y usted puede cambiar de opinión.

Si elige completar este formulario o seleccionar un médico u otro profesional de atención médica en Medicare.gov, debe hacerlo usted mismo. Nadie más debe completarlo por usted.

Nadie tiene permitido intentar influir en su decisión de completar este formulario o seleccionar un médico u otro profesional de atención médica en Medicare.gov ofreciéndole o negándole algo a cambio de que usted complete o no complete el formulario o realice una selección en línea. Si se siente presionado para firmar o no firmar este formulario o para realizar una selección en línea, llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Llame al **833-371-2573** o actualice su selección en línea si cambia de opinión más adelante con respecto a si usted considera que RHM Medicare Partners es el médico u otro profesional de atención médica principal con el que usted se atiende o el lugar principal al que usted va para recibir atención de rutina.

Atentamente,

RHM Medicare Partners

Obtenga más información sobre las ACO.

Sitio web de los CMS: <https://innovation.cms.gov/innovation-models/aco-reach>

Sitio web de las ACO: www.MedicareDCE.com

**FORMULARIO DE CONFIRMACIÓN DEL MÉDICO
U OTRO PROFESIONAL DE ATENCIÓN MÉDICA PRINCIPAL**

1. CONFIRMACIÓN ✓

Al firmar abajo confirmo que mi médico u otro profesional de atención médica principal (o el lugar principal al que voy para recibir atención médica de rutina) es –

Nombre del beneficiario: _____

Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____

Dirección del domicilio del beneficiario: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

____ / ____ / ____
Fecha

Firma

____ - ____ - ____
Identificador de beneficiario de Medicare

Nota: Si los nombres que figuran arriba y en la carta que se adjunta son incorrectos, no firme este formulario. Si desea recibir un nuevo formulario con otro médico, otro profesional de atención médica u otro consultorio incluido en la lista, llame a RHM Medicare Partners al 833-371-2573 para solicitar un nuevo formulario.

2. ENTREGA ✉

Complete y entregue el formulario en:

RHM Medicare Partners
P.O. Box 5098
Troy, MI 48007

Nota: Completar y entregar este formulario es una acción voluntaria. No afectará sus beneficios de Medicare.