

2014
FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN

DESPRENDA AQUI

Comuníquese con UnitedHealthcare Dual Complete™ si necesita información en otro idioma o formato (braille).

1. Para inscribirse en un plan UnitedHealthcare Dual Complete™ proporcione la siguiente información:
UnitedHealthcare® Dual Complete™ (HMO SNP) UDC
2. Información sobre el solicitante (escriba a máquina o en letra de imprenta con tinta negra o azul).

<input type="checkbox"/> Sr. <input type="checkbox"/> Sra. <input type="checkbox"/> Srta.	Apellido _____	Primer nombre _____	Inicial del segundo nombre _____
---	-------------------	------------------------	-------------------------------------

Fecha de nacimiento _____ M M / D D / A A A A	Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
---	--

Teléfono residencial (____) _____ - _____	Número de telefono alternativo (____) _____ - _____
--	--

Número del Seguro Social ____ - ____ - _____

Dirección de residencia permanente (no se permite casilla de correo) _____	Apt _____
---	--------------

Ciudad _____	Estado _____	Código postal _____ - _____	Condado _____
-----------------	-----------------	--------------------------------	------------------

Dirección postal (solamente si es diferente de su dirección de residencia permanente; se permite casilla de correo sólo para correspondencia) _____
--

Ciudad _____	Estado _____	Código postal _____ - _____
-----------------	-----------------	--------------------------------

Dirección de correo electrónico (opcional). Envíenme a mi correo electrónico información del plan y actualizaciones. _____

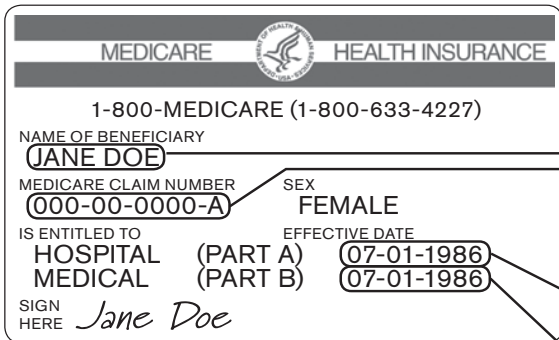
DESPRENDA AQUI

Nombre del afiliado: _____

Esta página se dejó en blanco de manera intencional.

3. Proporcione su información de seguro de Medicare.

Consulte su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare para llenar esta sección —o— adjunte una copia de su tarjeta de Medicare o su carta del Seguro Social o de la Junta de Retiro Ferroviario.



Nombre (exactamente como aparece en la tarjeta de Medicare)

Número de reclamo de Medicare Letra(s)

Sexo: Masculino Femenino

Fecha de vigencia de la Parte A (cobertura hospitalaria)

____/____/____
M M / D D / A A A A

Fecha de vigencia de la Parte B (cobertura médica)

____/____/____
M M / D D / A A A A

Debe tener la Parte A y la Parte B de Medicare para inscribirse en un plan Medicare Advantage.

4. Sus opciones de pago (si corresponde).

Si usted tiene una prima mensual del plan (o si actualmente tiene una multa por inscripción tardía), debemos saber cómo prefiere pagarla. Puede pagar por correo o le proporcionaremos un estado de cuenta mensual. También puede elegir pagar su prima mediante la deducción automática de su cheque de beneficios mensual del Seguro Social o de la Junta de Retiro Ferroviario (RRB, por sus siglas en inglés). Si se le impuso una cantidad por el ajuste mensual relacionado al ingreso (IRMAA, por sus siglas en inglés) por la Parte D, recibirá una notificación de parte de la Administración del Seguro Social. Usted será responsable de pagar esta cantidad extra aparte de la prima de su plan. La cantidad se le retendrá de su cheque de beneficios del Seguro Social o se la facturará directamente Medicare o la RRB. **NO pague la cantidad IRMAA por la Parte D a UnitedHealthcare Dual Complete™.**

Es posible que las personas que tienen ingresos limitados califiquen para recibir Ayuda Adicional con los costos de sus medicamentos recetados. Si usted reúne los requisitos, Medicare podría pagar el 75% o más del costo de sus medicamentos, incluyendo las primas, los deducibles anuales y el coaseguro de medicamentos recetados. Además, quienes califiquen no estarán sujetos a la etapa sin cobertura ni a una multa por inscripción tardía. Muchas personas reúnen los requisitos para estos ahorros, pero ni siquiera lo saben. Para obtener más información sobre esta Ayuda Adicional, comuníquese con su oficina local del Seguro Social o llame al 1-800-772-1213. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778. También puede solicitar la ayuda adicional en internet en www.socialsecurity.gov/prescriptionhelp.

Si califica para la Ayuda Adicional con los costos de su cobertura de medicamentos recetados de Medicare, Medicare pagará la totalidad o una parte de la prima de su plan. Si Medicare paga solamente una parte de esta prima, le facturaremos la cantidad que Medicare no cubra.

Si no selecciona una opción de pago, recibirá un estado de cuenta mensual por la cantidad que Medicare no cubra.

Nombre del afiliado: _____

DESPRENDA AQUI

DESPRENDA AQUI

Esta página se dejó en blanco de manera intencional.

Esta página se dejó en blanco de manera intencional.

DESPRENDA AQUI

¿Es residente en una instalación de cuidado a largo plazo, como un asilo de convalecencia?

Sí No

Si respondió **afirmativamente**, indique el nombre de la institución

[Grid for name of institution]

Dirección de la institución

[Grid for address]

Ciudad

[Grid for city]

Estado

[Grid for state]

Código postal

[Grid for zip code]

Número de teléfono de la institución

[Grid for phone number]

Fecha de admisión en la institución

[Grid for admission date]

M M / D D / A A A A

¿Está inscrito en el programa Medicaid de su estado? Sí No

Si respondió **afirmativamente**, indique su id. de Medicaid

[Grid for Medicaid ID]

¿Usted o su cónyuge trabaja? Sí No

6. Selección de médico de cuidado primario (PCP), clínica o centro de salud.

Para elegir, consulte el sitio web del plan o el Directorio de Proveedores.

Nombre completo del PCP

[Grid for PCP name]

Ingrese la identificación de PCP de 10 u 11 dígitos exactamente como aparece en el sitio web o en el directorio. Incluya los ceros pero no los guiones. (Sí el número de identificación tiene 10 dígitos, deje la última casilla en blanco).

Id. de proveedor/PCP

[Grid for PCP ID]

¿Consulta actualmente o ha consultado recientemente a este médico? Sí No

¿Usted o su cónyuge tiene algún seguro de salud que no sea Medicare, como un seguro estatal, la compensación del seguro obrero o los beneficios del Departamento de Asuntos de los Veteranos (VA, por sus siglas en inglés)?

Sí No

Si respondió **afirmativamente**, proporcione la siguiente información:

¿De qué tipo es?

[Grid for type of insurance]

Número de grupo

[Grid for group number]

N.º de identificación

[Grid for identification number]

DESPRENDA AQUI

Nombre del afiliado: _____

Esta página se dejó en blanco de manera intencional.

7. Formatos alternativos (marque sólo uno):

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

Español Chino Otro

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Si necesita información en otro formato o idioma que no se haya mencionado arriba, comuníquese con UnitedHealthcare Dual Complete™ al **1-888-834-3721** (TTY 711). Nuestro horario de atención es de 8 a.m. a 8 p.m. hora local, los 7 días de la semana.



Lea esta información importante.

Si actualmente tiene una cobertura de salud a través de un empleador o sindicato, inscribirse a UnitedHealthcare Dual Complete™ podría afectar sus beneficios de salud que recibe de su empleador o sindicato. Puede perder su cobertura de salud de su empleador o sindicato si usted se une a UnitedHealthcare Dual Complete™. Lea las comunicaciones que su empleador o sindicato le envían. Si tiene preguntas, visite sus páginas de internet o contacte a la oficina que aparece en sus comunicaciones. Si no hay información sobre a quién contactar, su administrador de beneficios o la oficina que se encarga de responder preguntas sobre su cobertura puede ayudar.

Para inscribirse en un Plan de Elegibilidad Doble para Personas con Necesidades Especiales, usted debe reunir los requisitos del programa Medicaid de su estado. Para inscribirse en un Plan para Personas con Necesidades Especiales Crónicas, Medicare exige que se verifique su condición crónica. Nos comunicaremos con el consultorio de su médico para verificar su condición crónica.

8. Lea y firme a continuación.

Al llenar esta solicitud de inscripción, acepto lo siguiente:

Este es un plan Medicare Advantage que tiene un contrato con el gobierno federal, no es un plan complementario de Medicare. Usted tendrá que conservar sus Partes A y B de Medicare. Sólo puede estar inscrito en un plan Medicare Advantage a la vez. La inscripción en este plan finalizará automáticamente su inscripción en otro plan Medicare Advantage o plan de medicamentos recetados.

Si tiene una cobertura de medicamentos recetados o recibe una en el futuro que no sea de este plan, es su responsabilidad hacérselo saber. Generalmente, la inscripción en este plan es para todo el año. Usted sólo puede dejar o cambiar este plan durante el período de inscripción abierta de Medicare, del 15 de octubre al 7 de diciembre, o en circunstancias especiales.

Al recibir el documento Evidencia de Cobertura de parte de UnitedHealthcare Dual Complete™, lo leeré para familiarizarme con las reglas que debo seguir para tener la cobertura de este plan Medicare Advantage. Este plan solamente cubre el área en la que usted reside. Si piensa mudarse fuera de esa área, por favor llámenos y le ayudaremos a localizar un plan dentro de su nueva área de residencia. Es posible que Medicare no le ofrezca cobertura mientras esté en el extranjero, con excepción de un área limitada cercana a la frontera de Estados Unidos. Si está en desacuerdo, usted tiene el derecho de apelar las decisiones que tome el plan acerca del pago o de los servicios que ofrece.

Nombre del afiliado: _____

DESPRENDA AQUI

DESPRENDA AQUI

Esta página se dejó en blanco de manera intencional.

Esta página se dejó en blanco de manera intencional.

10. Para uso exclusivo del agente de seguros o del representante de ventas con licencia.

<input type="checkbox"/> Nuevo miembro <input type="checkbox"/> Cambio de plan	Nombre de grupo de empleador																																															
	<table border="1"> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>																																															
	Id. de grupo de empleador	Id. de sucursal																																														
	<table border="1"> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>																								<table border="1"> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>																							

¿De dónde se originó esta solicitud?

<input type="checkbox"/> Programa de tienda al por menor/centro comercial
<input type="checkbox"/> Reunión en la comunidad <input type="checkbox"/> Junta con el miembro
<input type="checkbox"/> Alcance local de empresa a empresa
<input type="checkbox"/> Alcance en evento local <input type="checkbox"/> Otro

¿Cómo se presentó esta solicitud?

<input type="checkbox"/> Cita	<input type="checkbox"/> Correo	<input type="checkbox"/> Otro
-------------------------------	---------------------------------	-------------------------------

Id. del agente/representante de ventas con licencia	Fecha de recepción inicial																																																																					
<table border="1"> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>																								<table border="1"> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>M</td><td>M</td><td>/</td><td>D</td><td>D</td><td>/</td><td>A</td><td>A</td><td>A</td><td>A</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>																								M	M	/	D	D	/	A	A	A	A													
M	M	/	D	D	/	A	A	A	A																																																													

Nombre del agente/representante de ventas con licencia	Fecha de vigencia propuesta																																																																					
<table border="1"> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>																								<table border="1"> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>M</td><td>M</td><td>/</td><td>D</td><td>D</td><td>/</td><td>A</td><td>A</td><td>A</td><td>A</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>																								M	M	/	D	D	/	A	A	A	A													
M	M	/	D	D	/	A	A	A	A																																																													

Número de teléfono del agente de ventas con licencia
 ())) -)

El agente debe completar

AEP

ICEP (afiliados a MA)

IEP (afiliados a MA-PD)

IEP (afiliados a MA-PD que reúnen los requisitos para un 2.º IEP)

OEPI

SEP (condiciones crónicas)

SEP (personas con elegibilidad doble completa y elegibilidad doble parcial)

SEP (motivo del SEP)

Fecha de elegibilidad para SEP

M	M	/	D	D	/	A	A	A	A													

Firma del agente de ventas con licencia (obligatoria)

DESPRENDA AQUI

DESPRENDA AQUI

Nombre del afiliado: _____

Esta página se dejó en blanco de manera intencional.

DESPRENDA AQUI

DESPRENDA AQUI

Los planes están asegurados a través de UnitedHealthcare Insurance Company o una de sus compañías afiliadas, una organización Medicare Advantage que tiene un contrato con Medicare y un patrocinador de la Parte D aprobado por Medicare. La inscripción en los planes depende de la renovación del contrato de los planes con Medicare.

Esta información está disponible sin costo en otros idiomas. Comuníquese con nuestro Servicio al Cliente al número 1-888-834-3721, TTY 711, de 8 a.m. a 8 p.m. hora local, los 7 días de la semana.

This information is available for free in other languages. Please call our customer service number at 1-888-834-3721, TTY 711, 8 a.m. - 8 p.m. local time, 7 days a week.

本資訊也有其他語言的免費版本。請撥打1-888-834-3721 聯絡我們的客戶服務部, 聽語障專線711, 每週 7 天, 當地時間上午 8 時至晚上 8 時。

Esta página se dejó en blanco de manera intencional.