



Solicitud de Inscripción 2018

Si necesita esta información en otro idioma o formato (en braille), comuníquese con el plan.

UnitedHealthcare Dual Complete Focus (HMO SNP) H4527-004 - UDF

Plan diseñado para personas que tienen tanto Medicare como Medicaid. Posiblemente nos comuniquemos con usted para obtener un comprobante de que cumple los requisitos de participación.

Plan tipo Organización para el Mantenimiento de la Salud (HMO). Cuenta con una red de médicos, especialistas, hospitales y otros proveedores que usted debe usar.

Datos del miembro.

Escriba a máquina o en letra de molde con tinta negra o azul

| | | | |
|--|-----------|---|----------------------------|
| <input type="checkbox"/> Sr. <input type="checkbox"/> Sra. <input type="checkbox"/> Srta. | Apellidos | Nombre | Inicial del segundo nombre |
| Fecha de nacimiento MM/DD/YYYY | | Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino | |
| N.º de teléfono principal () - | | N.º de teléfono adicional () - | |
| Número del Seguro Social (requerido para las personas que se inscriben en planes D-SNP (con calificación doble)): <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> | | | |

Dirección permanente

(NO SE PERMITE CASILLA DE CORREO)

| | | | |
|--------|---------|--------|---------------|
| Ciudad | Condado | Estado | Código postal |
|--------|---------|--------|---------------|

Dirección postal

(solamente si es distinta a la dirección permanente.

Puede ser una casilla de correo).

| | | | |
|--------|---------|--------|---------------|
| Ciudad | Condado | Estado | Código postal |
|--------|---------|--------|---------------|

Dirección de correo electrónico

Nombre del miembro: _____

Nombre / N.º de ID del agente _____

Y0066_170518_150157SP

UHTX18HM4087262_000

Esta página se dejó en blanco de manera intencional.

Información de Medicare.

Para completar esta sección, utilice su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare.

- Complete esta información con los datos tal y como aparecen en su tarjeta de Medicare.

Nombre (tal y como aparece en su tarjeta de Medicare):

O BIEN,

- Adjunte una copia de su tarjeta de Medicare, o de la carta del Seguro Social o de la Junta de Retiro Ferroviario.

Número de Medicare: _____

Con derecho a _____ Fecha de vigencia _____

Servicios hospitalarios (Parte A)

Servicios médicos (Parte B)

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

Si su plan le cobra una prima ¿qué métodos de pago desea usar?

Si su plan le cobra una prima mensual (incluso cualquier multa por inscripción tardía que usted posiblemente adeude) puede realizar el pago por correo o con su cuenta bancaria mediante transferencia electrónica de fondos. Si lo prefiere, puede pagar la prima mediante deducción automática del cheque del Seguro Social o del cheque de la Junta de Retiro Ferroviario.

Si tiene que pagar la multa por inscripción tardía, elija cómo desea pagarla.

Si no elige un método de pago, recibirá una factura mensualmente en su dirección postal.

Pago con cuenta bancaria.

- Adjunte un cheque en blanco de su cuenta bancaria. Escriba la palabra "VOID" (anulado) a lo largo del cheque. NO envíe un talón de depósito ni un giro postal.

- Lea la siguiente declaración:

Autorizo a mi banco a que pague la prima del plan directamente a UnitedHealthcare Insurance Company (UnitedHealthcare Insurance Company of New York para residentes de New York) (UHIC). El banco realizará el pago con fondos de mi cuenta de cheques o de ahorros alrededor del día cinco (5) de cada mes. Es posible que, además de la prima mensual, esos cargos incluyan hasta un total de \$200.00 por concepto de cargos retroactivos. Si decido dejar de realizar el pago de la prima del plan con mi cuenta, comunicaré esta decisión tanto a UHIC como al banco. Proporcionaré una cantidad de tiempo razonable para cambiar el método de pago.

Tipo de cuenta **Cheques** **Ahorros**

Nombre del miembro: _____

Y0066_170518_150157SP

UHTX18HM4087262_000

Esta página se dejó en blanco de manera intencional.

Nombre del titular de la cuenta: _____

Número de ruta bancaria

Número de cuenta bancaria

Firma: _____ Fecha: _____

Pago con el cheque del Seguro Social o de la Junta de Retiro Ferroviario.

Mis beneficios mensuales los obtengo de: El Seguro Social RRB (La Junta de Retiro Ferroviario)

Nosotros haremos los arreglos necesarios. Es posible que pasen algunos meses hasta que se comiencen a procesar los pagos, por lo tanto, el primer pago incluirá el pago de más de una prima. En la mayoría de los casos, si el Seguro Social o la Junta de Retiro Ferroviario acepta su solicitud de deducción automática, la primera deducción del cheque de beneficios que reciba de estos organismos incluirá todas las primas que adeude desde la fecha de vigencia de su inscripción hasta el momento en que comience la retención. Si el Seguro Social o la Junta de Retiro Ferroviario no aprueban su solicitud de deducción automática o si hay una demora en el trámite, le enviaremos una factura impresa con la cantidad a pagar por la prima mensual del plan.

Pago por correo.

Recibirá la factura mensual en su dirección postal. De otra manera, si se inscribió para que se le envíe electrónicamente, recibirá un aviso por correo electrónico.

Algunas notas sobre sus costos.

Si usted debe pagar el ajuste mensual por la Parte D relacionado con sus ingresos (Part D-IRMAA)

Recibirá una carta del Seguro Social para pedir el método de pago que desea usar:

- Con el cheque del Seguro Social
- Factura de parte de Medicare
- Factura de la Junta de Retiro Ferroviario

Por el momento, NO pague al plan el ajuste mensual por la Parte D relacionado con sus ingresos **(Part D-IRMAA)**.

¿Necesita ayuda para pagar el costo de los medicamentos con receta?

Si sus ingresos son limitados, es posible que pueda obtener el programa Ayuda Adicional para pagar el costo de sus medicamentos con receta. Si cumple los requisitos, Medicare podría pagar hasta el 75% o más de los costos, incluidas las primas mensuales de sus medicamentos con receta, los deducibles anuales y el coseguro. Además, usted no pasará por la etapa sin cobertura ni pagará la multa por inscripción tardía. Muchas personas cumplen los requisitos para estos ahorros, pero no lo saben. Si usted cumple los requisitos del programa Ayuda Adicional para el costo de la cobertura de medicamentos con receta de Medicare, entonces el programa Medicare pagará parte o la totalidad de la prima del plan. Si Medicare solamente paga una parte de la prima, recibirá una factura por la cantidad que Medicare no cubra.

Nombre del miembro: _____

Esta página se dejó en blanco de manera intencional.

Para obtener más información sobre el programa Ayuda Adicional, comuníquese con la 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 inscribirse en el programa por internet en <https://www.ssa.gov/espanol/medicare-es/medicamentos/>.

Su respuesta a las siguientes preguntas nos ayudará a administrar mejor el plan.

1. ¿Desea recibir información sobre el plan en otro idioma o formato? Sí No

Seleccione una opción: Español Otro _____

Si no aparece el idioma o formato que desea, llámenos gratuitamente al 1-888-834-3721, TTY 711 de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana. Visite también www.UHCCommunityPlan.com si desea ayuda por Internet.

2. ¿Padece enfermedad renal en etapa terminal? Sí No

Si su trasplante de riñón fue exitoso y ya no necesita diálisis en forma regular, adjunte una carta del médico o el registro médico como comprobante de que no necesita diálisis, de lo contrario, nos comunicaremos con usted para obtener información adicional.

Si la respuesta es “sí”, ¿es usted actualmente miembro de una compañía de cuidado de la salud? Sí No

Nombre de la compañía _____

Número de ID de miembro _____

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

Si la respuesta es “sí”, proporcione su número de Medicaid: _____

4. ¿Vive en un asilo de convalecencia o en un centro de cuidado a largo plazo? Sí No

Si la respuesta es “sí”, proporcione los siguientes datos del centro o del asilo:

Nombre _____

Dirección _____

Ciudad _____

Estado _____

Código postal _____

N.º de teléfono: () -

Fecha en que se mudó al centro:

MM/DD/YYYY

Nombre del miembro: _____

Y0066_170518_150157SP

UHTX18HM4087262_000

Esta página se dejó en blanco de manera intencional.

5. ¿Tiene seguro de salud a través de un empleador o sindicato actualmente? Sí No

Si respondió "sí", usted podría perder el plan de su sindicato o empleador si se inscribe en este plan. Hable con su empleador o sindicato para saber la manera como la inscripción en este plan podría afectar su plan actual. Si gusta, consulte el sitio web de su empleador o sindicato o lea toda la información que reciba. Si no tiene ninguna información de contacto, el administrador de beneficios o la oficina encargada de responder preguntas sobre su cobertura lo pueden ayudar.

6. ¿Trabaja usted o su cónyuge? Sí No

¿Usted o su cónyuge tienen otro seguro de salud que cubrirá servicios médicos? (Por ejemplo: Otra cobertura de salud de grupo del empleador, cobertura de discapacidad a largo plazo, seguro de accidentes laborales, cobertura de responsabilidad civil de automóviles o beneficios para veteranos) Sí No

Si respondió "sí", proporcione los siguientes datos:

Nombre de la compañía de seguro de salud

Nombre del suscriptor

Número de ID del grupo

Número de ID del miembro

Fechas de vigencia (si corresponde)

MM/DD/YYYY-MM/DD/YYYY

7. ¿Tiene otra póliza de seguro que cubrirá sus medicamentos con receta? Sí No

Por ejemplo: Otro seguro privado, TRICARE, cobertura de empleados federales, beneficios para veteranos o programas estatales.

Si respondió "sí", proporcione los siguientes datos:

Nombre del otro seguro

Número de ID del miembro

Número de ID de grupo

Fecha de inicio del plan

MM/DD/YYYY

Nombre del miembro: _____

Y0066_170518_150157SP


UHTX18HM4087262_000

Esta página se dejó en blanco de manera intencional.

8. Proporcione el nombre de su proveedor de cuidado primario (PCP), clínica o centro de salud.

La lista se encuentra en el sitio web del plan o en el Directorio de Proveedores actual.

| | |
|---|----------------------------------|
| Nombre completo del proveedor o proveedor de cuidado primario | N.º de teléfono: () - |
|---|----------------------------------|

| | |
|---|---|
| N.º de ID del proveedor o proveedor de cuidado primario:  | (Escriba el número exactamente como aparece en el sitio web o en el Directorio de Proveedores actual. Es un número de 10 a 12 dígitos. No incluya guiones). |
|---|---|

¿Actualmente consulta a este médico o lo ha consultado recientemente? Sí No

Lea y firme.

Al llenar esta solicitud, acuerdo que:

- Este es un plan Medicare Advantage. El plan tiene un contrato con el gobierno federal. No se trata de un plan complementario de Medicare
- Tengo que conservar las Partes A y B de Medicare y debo pagar la prima de la Parte B, de haberla, a menos que la pague Medicaid o un tercero.
- Solamente puedo estar inscrito en un plan de salud o plan de medicamentos con receta de Medicare a la vez. Si tengo otro plan de salud o plan de medicamentos con receta de Medicare y me inscribo en este plan, perderé mi inscripción en el otro plan.
- Si actualmente tengo cobertura de medicamentos con receta o más adelante la obtengo de alguien más, daré aviso al plan.
- Posiblemente tenga que pagar la multa por inscripción tardía (LEP), debido a que no me inscribí ni mantuve cobertura de medicamentos con receta acreditable, tan pronto como reuní los requisitos de participación en Medicare. “Cobertura acreditable” significa que la cobertura es tan buena como la de un plan de medicamentos con receta de Medicare. Si tengo que pagar la multa por inscripción tardía, el plan me lo hará saber.
- Mi inscripción en el plan será por todo el año calendario. Si deseo cambiar de plan, tendré que hacerlo entre el 15 octubre y el 7 de diciembre, que corresponde al período de inscripción abierta para planes Medicare Advantage y para la cobertura de medicamentos con receta de Medicare. Sin embargo, podría haber situaciones especiales que me permitan dejar el plan en otro momento del año.
- El plan cubre un área específica. Si tengo planeado mudarme fuera del área, llamaré al plan para cambiar a un plan en otra área. Medicare no presta ninguna cobertura fuera del país. No obstante, cuento con cobertura limitada cerca de la frontera de los Estados Unidos.
- Recibiré el documento **Evidencia de Cobertura**, que constituye el contrato del miembro o convenio del suscriptor. Este documento contiene la información de los servicios cubiertos por el plan, así como los términos y condiciones. El plan cubrirá tanto los servicios que

Nombre del miembro: _____

Y0066_170518_150157SP

UHTX18HM4087262_000

Esta página se dejó en blanco de manera intencional.

apruebe como los que se indican en la **Evidencia de Cobertura**. Por el contrario, si un servicio no figura en la **Evidencia de Cobertura** o no tiene la aprobación del plan, ni Medicare ni el plan cubrirán su costo. Si no estoy de acuerdo con la forma como el plan cubre mi cuidado, tengo derecho a presentar una apelación.

- Debo recibir la cobertura de cuidado de la salud de los médicos o proveedores de la red del plan. También puedo ir a cualquier médico u hospital en caso de emergencia o para recibir servicios requeridos de urgencia, además de servicios de diálisis fuera del área de servicio.
- Si actualmente tengo una póliza de seguro complementario Medicare (Medigap), la cancelaré por escrito. Soy yo quien debe cancelar la póliza, no el agente de ventas. La cancelaré tan pronto como el plan nuevo confirme mi inscripción.
- El plan proporcionará mi información médica a Medicare y a otros planes cuando sea necesario para tratamiento, procesamiento de pagos y tareas administrativas de cuidado de la salud. Esta información puede incluir datos sobre mis medicamentos con receta. Medicare usa la información para entender cómo se tramitaron o facturaron los cuidados que recibí. Es posible que otros planes necesiten mi información cuando pagan la parte del cuidado que recibo. Medicare también puede proporcionar mi información con fines de investigación, entre otros. Todas las reglas y leyes federales que protegen mi privacidad serán cumplidas.
- Si recibo ayuda de un agente de ventas o de seguros, o de otra persona que tiene un contrato con el plan, es posible que el plan le pague a esa persona por la ayuda prestada.
- La información de esta solicitud es correcta, a mi leal saber y entender. Entiendo que, si incluyo información en esta solicitud que no es verdadera, perderé mi inscripción en el plan.

Al firmar abajo, significa que he leído y entendido la información de esta solicitud.

Si firmo como representante autorizado, significa que tengo el derecho legal a firmar conforme a la ley estatal. Si Medicare lo solicita, puedo presentar un comprobante escrito de este derecho.

Firma del solicitante, miembro o representante autorizado

Fecha de hoy MM/DD/YYYY

Si usted es el representante autorizado, firme arriba y llene los siguientes datos.

| | | | |
|-------------------------------|--|-----------------------------|---------------|
| Apellidos | | Nombre | |
| Dirección | | | |
| Ciudad | | Estado | Código postal |
| N.º de teléfono () - | | Relación con el solicitante | |

Esta página se dejó en blanco de manera intencional.

Para uso exclusivo de la agencia o del representante de ventas con licencia.

Miembro nuevo Nombre del grupo del empleador
 Cambio de plan

ID del grupo del empleador ID de sucursal

ID del sistema para el representante de ventas con licencia Fecha de recepción inicial
MM/DD/YYYY

Nombre del agente o representante de ventas con licencia Fecha de vigencia propuesta
MM/DD/YYYY

N.º de teléfono del agente o representante de ventas con licencia: () -

¿Dónde se originó esta solicitud?

- Programa nacional en tiendas al por menor/centros comerciales Reunión en la comunidad
 Reunión con el miembro Programa de extensión local de empresa a empresa
 Programa de extensión en un evento local Programa de Walmart Otro

¿Cómo se presentó esta solicitud? Cita Otro Por correo

A ser llenado por el agente de ventas

- AEP ICEP (miembros de MA) IEP (miembros de MA-PD) IEP (miembros de MA-PD que cumplen los requisitos para el 2do IEP)
 OEPI SEP (condición crónica) SEP (personas con elegibilidad doble completa) SEP (personas con elegibilidad doble parcial)
 SEP (razón del período de elección especial) _____
 SEP Fecha de elegibilidad del período de elección especial MM/DD/YYYY

Firma del agente de ventas con licencia (obligatoria)

Esta página se dejó en blanco de manera intencional.

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 contrato con el programa estatal de Medicaid. La inscripción en estos planes depende de la renovación del contrato del plan con Medicare.

UnitedHealthcare Insurance Company cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo.

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística.

Llame al 1-855-814-6894 (TTY: 711). 注意：如果您說中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-855-814-6894 (聽力語言殘障服務專線 TTY : 711).

Esta página se dejó en blanco de manera intencional.