



Solicitud de Inscripción 2020

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

UnitedHealthcare Dual Complete[®] (HMO D-SNP) H7464-001-000 - UD2

Este plan está 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.

Este es un plan de una Organización para el Mantenimiento de la Salud (Health Maintenance Organization, 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.	Apellidos	Nombre	Inicial del segundo nombre
<input type="checkbox"/> Sra.			
<input type="checkbox"/> Srta.			
Fecha de nacimiento MM-DD-YYYY		Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	
Número de teléfono diurno () -		Número de teléfono móvil () -	
Número del Seguro Social (requerido para las personas que se inscriben en planes D-SNP [con elegibilidad doble]):			
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> ■ ■ ■ ■ - ■ ■ ■ - ■ ■ ■ ■ ■ </div>			
Dirección permanente (No se permite casilla de correo)			
Ciudad	Condado	Estado	Código postal
Dirección postal (Solo 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_190611_023600_SP_M UHVA20HM4525564_001

Esta página se dejó en blanco de manera intencional.

Para recibir documentos en Internet, llene y firme la solicitud y proporcione su dirección de correo electrónico.

Recibirá mucha de la documentación necesaria del plan por vía electrónica. Le enviaremos un correo electrónico cuando nuevos documentos (por ejemplo, la Explicación de Beneficios o el Aviso Anual de Cambios) están disponibles en Internet. Puede acceder a estos documentos utilizando su computadora, su tableta o su teléfono celular.

Marque aquí si prefiere recibir copias impresas de los materiales necesarios por correo.

- En lugar de recibir documentos por vía electrónica, le enviaremos por correo una copia impresa de los materiales necesarios. Tenga en cuenta que algunos documentos son muy grandes y es posible que no entren en todos los buzones de correo. Puede cambiar su preferencia de envío en cualquier momento.

Información de Medicare.

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

- Llene esta información con los datos tal y como aparecen 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.

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

Número de Medicare: _____

Sexo: _____

Con derecho a Fecha de vigencia

Servicios hospitalarios (Parte A) MM-DD-YYYY

Servicios médicos (Parte B) MM-DD-YYYY

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 usted tiene una prima mensual del plan (incluida cualquier multa por inscripción tardía que deba), puede optar por pagar la prima mediante la deducción automática de su cheque de beneficios del Seguro Social o de la Junta de Retiro Ferroviario cada mes. También puede pagar con una cuenta bancaria a través de una Transferencia Electrónica de Fondos (Electronic Funds Transfer, EFT) o por correo.

Si tiene que pagar la multa por inscripción tardía (late enrollment penalty, LEP), elija cómo desea pagarla.

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

Nombre del miembro _____

Esta página se dejó en blanco de manera intencional.

Pago con el cheque del Seguro Social o de la Junta de Retiro Ferroviario (Railroad Retirement Board, RRB).

Recibo beneficios mensuales de: El Seguro Social 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 podría incluir 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 proceso, le enviaremos una factura por sus primas mensuales.

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 al 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 una cuenta de cheques o de ahorros alrededor del día cinco de cada mes. Es posible que, además de la prima mensual, esos cargos incluyan hasta un total de \$200 en concepto de cargos retroactivos. Si decido dejar de realizar pagos directos desde la cuenta, comunicaré esta decisión tanto a UHIC como al banco. Dejaré transcurrir un plazo razonable de tiempo para que cambien el método de pago.

Tipo de cuenta Cheques Ahorros

Nombre del titular de la cuenta: _____

Número de ruta bancaria

Número de cuenta bancaria

Firma _____ **Fecha** MM-DD-YYYY

Pago por correo.

Recibirá la factura mensual en su dirección postal.

Si quiere pagar con tarjeta de crédito.

Una vez que sea miembro, puede llamarnos para que su pago mensual sea cargado automáticamente en su tarjeta de crédito Visa, Mastercard o Discover. Mientras tanto, le enviaremos una factura todos los meses.

Información sobre los costos.

Esta página se dejó en blanco de manera intencional.

Si usted debe pagar la cantidad del ajuste mensual relacionado con el ingreso (Income Related Monthly Adjustment Amount, IRMAA) de la Parte D

Recibirá una carta del Seguro Social (Social Security, SS) 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 (RRB)

Por el momento, NO pague al plan la cantidad del ajuste mensual relacionado con el ingreso de la Parte D.

¿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 califica, Medicare podría pagar hasta el 75 % o más de los costos, incluidas las primas mensuales de sus medicamentos con receta, los deducibles anuales y los coseguros. 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 califica para el 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.

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 Ayuda Adicional por Internet en <https://www.ssa.gov/espanol/beneficios/medicare/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 en un formato accesible?

Sí No

Seleccione una opción: Español Otro _____

Si no aparece el idioma o formato que desea, llámenos gratis al 1-844-560-4944, TTY 711 de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana. O visite www.UHCCommunityPlan.com para obtener ayuda por Internet.

Esta página se dejó en blanco de manera intencional.

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 su trasplante de riñón fue exitoso y no necesita diálisis, de lo contrario, nos comunicaremos con usted para obtener información adicional.

Si respondió "sí", ¿es usted actualmente miembro de una compañía de cuidado de la salud? Sí No

Nombre de la compañía _____
 N.º de miembro _____

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

Si respondió "sí", proporcione su n.º de Medicaid: _____

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

Si respondió "sí", proporcione los siguientes datos del centro de cuidado a largo plazo:

Nombre _____

Dirección	Ciudad	Estado	Código postal
-----------	--------	--------	---------------

N.º de teléfono () -	Fecha en que se mudó a este centro MM-DD-YYYY
-----------------------	--

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 cómo 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 pueden ayudarle.

Esta página se dejó en blanco de manera intencional.

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 por discapacidad a largo plazo [Long-Term Disability, LTD], 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 seguros de salud	
Nombre del suscriptor	N.º de grupo
N.º de miembro	Fechas de vigencia (si corresponde) MM-DD-YYYY - MM-DD-YYYY

7. ¿Tiene otro 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		
N.º de miembro	N.º de grupo	Fecha de inicio del plan MM-DD-YYYY

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

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

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

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

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

Esta página se dejó en blanco de manera intencional.

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 acreditable de medicamentos con receta tan pronto como calificué para 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 de octubre y el 7 de diciembre, que corresponde al Período de Inscripción Anual 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. Es posible que Medicare no preste cobertura fuera del país. No obstante, cuento con cobertura limitada cerca de la frontera de los Estados Unidos.
- Recibiré información sobre cómo obtener la Evidencia de Cobertura (Evidence of Coverage, EOC), 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 las condiciones. El plan cubrirá tanto los servicios que apruebe como los que se indican en la Evidencia de Cobertura. Por el contrario, si un servicio no aparece 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 manera en que 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 visitar 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 alguna vez pago el precio total de un servicio de la red, este plan proporciona reembolsos de todos los beneficios cubiertos médicamente necesarios.
- Si actualmente tengo una póliza de Seguro Complementario de 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.

Nombre del miembro _____
 Y0066_190611_023600_SP_M UHVA20HM4525564_001

Esta página se dejó en blanco de manera intencional.

- 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 tramitó o facturó el cuidado que recibí. Es posible que otros planes necesiten mi información cuando pagan una 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 por escrito (poder legal, tutela, etc.) de este derecho. Entiendo que tendré que presentar ante el plan un comprobante por escrito de este derecho si deseo seguir actuando en nombre del miembro después de esta solicitud. Una vez que esta solicitud haya sido aprobada y usted haya recibido su tarjeta de ID de miembro, llame a Servicio al Cliente al número que se encuentra en el reverso de su tarjeta de ID de miembro para actualizar la información de la autorización de su expediente.

Firma del solicitante/miembro/representante autorizado Fecha de hoy **MM-DD-YYYY**

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

*** NO UN AGENTE DE VENTAS**

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
@AGENTID@

Fecha de recepción inicial
MM-DD-YYYY

Nombre del agente o representante de ventas con licencia
@AGENTFULLNAME@

Fecha de vigencia propuesta
MM-DD-YYYY

N.º de teléfono del representante de ventas con licencia @AGENTPHONE@

¿Dónde se originó esta solicitud?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Programa Nacional en Tiendas Minoristas/Centros Comerciales | <input type="checkbox"/> Reunión en la comunidad |
| <input type="checkbox"/> Cita | <input type="checkbox"/> Reunión con el miembro |
| <input type="checkbox"/> Otro | <input type="checkbox"/> Programa de Walmart |
| <input type="checkbox"/> Programa de Extensión en un Evento Local | |

¿Cómo se presentó esta solicitud?

- Por correo Fax En Internet

Para ser llenado por el agente de ventas

- | | | | |
|--|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> IEP (miembros de MA-PD) | <input type="checkbox"/> ICEP (miembros de MA) | <input type="checkbox"/> IEP (miembros de MA-PD que cumplen los requisitos para el 2.º IEP) | <input type="checkbox"/> OEP (1 de enero a 31 de marzo) |
| <input type="checkbox"/> OEP (personas que acaban de empezar a cumplir los requisitos) | <input type="checkbox"/> SEP (personas con subsidio para personas de bajos ingresos doble, cambio de estado) | <input type="checkbox"/> SEP (cambio de residencia) | <input type="checkbox"/> SEP (pérdida de la cobertura del plan de salud de grupo del empleador) |
| <input type="checkbox"/> SEP (condición crónica) | <input type="checkbox"/> SEP (personas con subsidio para personas de bajos ingresos doble, sin cambio de estado) | <input type="checkbox"/> AEP (15 de octubre a 7 de diciembre) | <input type="checkbox"/> OEPI |

- SEP (razón del Período de Elección Especial) _____
 SEP Fecha de elegibilidad del Período de Elección Especial MM-DD-YYYY

Firma del representante de ventas con licencia (obligatoria)

Fecha MM-DD-YYYY

Nombre del miembro _____

Y0066_190611_023600_SP_M

UHVA20HM4525564_001

Esta página se dejó en blanco de manera intencional.

Una vez llenada esta solicitud, envíela por correo o fax a:

UnitedHealthcare
P.O. Box 30770
Salt Lake City, UT 84130-0770

Fax: 1-888-950-1170

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 el plan depende de la renovación del contrato del plan con Medicare.

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

ATENCIÓN: Si habla español, hay servicios de asistencia de idiomas, sin cargo, a su disposición. 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.