



Solicitud de Inscripción 2021

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

UnitedHealthcare Dual Complete® (HMO D-SNP) H5008-010-000 - 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. <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 diurno () -		N.º de teléfono móvil () -	
N.º del Seguro Social (requerido para las personas que se inscriben en planes D-SNP [con elegibilidad doble]):		■ ■ ■ ■ - ■ ■ ■ - ■ ■ ■ ■ ■	
Dirección permanente (no se permite casilla de correo)			
Ciudad	Distrito	Estado	Código postal
Dirección postal (Solo si es distinta a la dirección permanente. Puede ser una casilla de correo.)			
Ciudad	Distrito	Estado	Código postal
Dirección de correo electrónico			

Nombre del miembro _____

Nombre / N.º de ID del agente _____

Esta página se dejó en blanco de manera intencional.

¿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
----------------	--------------	--

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. 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. N.º 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?

Responder a estas preguntas es opcional.

Si usted tiene una prima mensual del plan (incluida cualquier multa por inscripción tardía que deba), puede decidir pagar la prima mediante la deducción automática de su cheque de beneficios del Seguro Social o de la Junta de Retiro Ferroviario (Railroad Retirement Board, RRB) cada mes. También puede pagar desde 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 a continuación, recibirá una factura cada mes en su dirección postal.

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

Recibo beneficios mensuales de: El Seguro Social La Junta de Retiro Ferroviario

Esta página se dejó en blanco de manera intencional.

Le facturaremos directamente a usted hasta que la Administración del Seguro Social o la Junta de Retiro Ferroviario apruebe la deducción. Dado que podría llevar hasta 90 días después de la aprobación para que se realice la primera deducción, usted debe seguir realizando los pagos. Si la Administración del Seguro Social o la Junta de Retiro Ferroviario no aprueba su solicitud de deducción automática, se lo notificaremos y usted continuará recibiendo una factura impresa por sus primas mensuales.

Pago directamente desde una 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: _____

N.º de ruta bancaria

N.º de cuenta bancaria

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

Pago por correo.

Recibirá la factura cada mes en su dirección postal.

Si desea 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 cada mes.

Información sobre los costos.

Si usted debe pagar el Ajuste Mensual Relacionado con el Ingreso de la Parte D (Part D-Income Related Monthly Adjustment Amount, Part D-IRMAA)

El Seguro Social (SS) le enviará una carta y le preguntará cómo desea pagarla:

- Con el cheque del Seguro Social
- Factura de parte de Medicare

Esta página se dejó en blanco de manera intencional.

- Factura de la Junta de Retiro Ferroviario (RRB)

Por el momento, NO pague al plan el 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 recibir 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, incluso 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 una 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 Seguro Social 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.

Responder a estas preguntas es su decisión. No se le denegará cobertura si decide no responderlas.

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 al número gratuito 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.

2. ¿Está inscrito en el Programa Estatal de Medicaid?

Sí No

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

3. ¿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

Nombre del miembro _____

Y0066_ERFMA1_2021_SP_M

UHLA21HM4750680_000

Esta página se dejó en blanco de manera intencional.

4. ¿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.

5. ¿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, Seguro 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

6. 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/proveedor de cuidado primario

N.º de teléfono () -

N.º del proveedor/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 le ha consultado recientemente? Sí No

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 móvil.

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.

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.
- Debo mantener las Partes A y B para seguir inscrito en UnitedHealthcare. Debo seguir pagando 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 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 informará.
- 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 de servicio específica. Si me mudo fuera del área de servicio del plan, tendré que notificar al plan para cancelar mi inscripción y buscar un nuevo plan en mi nueva área. Una vez que sea miembro de este plan, si estoy en desacuerdo, tengo derecho a apelar las decisiones del plan sobre pagos y servicios.

Esta página se dejó en blanco de manera intencional.

- Entiendo que los beneficiarios de Medicare generalmente no están cubiertos por Medicare mientras están fuera del país, excepto por una cobertura limitada cerca de la frontera de los Estados Unidos.
- Entiendo que cuando comience mi cobertura de UnitedHealthcare, debo recibir todos mis beneficios médicos y beneficios de medicamentos con receta de UnitedHealthcare. Los beneficios y servicios autorizados por UnitedHealthcare y contenidos en mi documento “Evidencia de Cobertura” de UnitedHealthcare (también conocido como contrato del miembro o convenio del suscriptor) estarán cubiertos. **Sin autorización, ni Medicare ni UnitedHealthcare pagarán beneficios o servicios.**
- 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.
- Divulgación de Información:** Al inscribirme en este Plan Medicare Advantage o Plan de Medicamentos con Receta de Medicare, reconozco que el plan divulgará mi información a Medicare y a otros planes cuando sea necesario para tratamiento, procesamiento de pagos y tareas administrativas de cuidado de la salud. También reconozco que UnitedHealthcare divulgará mi información, incluidos datos de eventos asociados a medicamentos con receta, a Medicare, que a su vez, puede divulgarla con fines de investigación y otros permitidos por la ley federal que autoriza la recopilación de esta información (consulte la Declaración de la Ley de Privacidad a continuación).
- Autorizo a UnitedHealthcare para que comparta mi información de salud protegida con organizaciones o personas con fines permisibles conforme a la ley vigente según sea necesario para administrar mi plan de salud.
- Doy mi consentimiento para que todas las entidades bajo UnitedHealthcare y cualquier proveedor externo usado por UnitedHealthcare llamen a los números de teléfono que he proporcionado.
- 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 proporciono intencionalmente información falsa en esta solicitud, se cancelará mi inscripción en el plan.
- Su respuesta a esta solicitud es voluntaria. Sin embargo, la falta de respuesta podría afectar su inscripción en el plan.

Nombre del miembro _____

Y0066_ERFMA1_2021_SP_M

UHLA21HM4750680_000

Esta página se dejó en blanco de manera intencional.

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 la parte de atrás 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/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/Representante de Ventas con Licencia Fecha de recepción inicial
 MM - DD - YYYY

Nombre del Agente/Representante de Ventas con Licencia Fecha de vigencia propuesta
 MM - DD - YYYY

N.º de teléfono del Representante de Ventas con Licencia

¿Dónde se originó esta solicitud?

- Programa Nacional en Tiendas Minoristas/Centros Comerciales Reunión en la comunidad
 Cita Otro Reunión con el miembro
 Programa de Extensión en un Evento Local Programa de Walmart

¿Cómo se presentó esta solicitud? Por correo Fax En Internet

Para ser llenado por el agente de ventas

- IEP (miembros de MA-PD) ICEP (miembros de MA) IEP (miembros de MA-PD que cumplen los requisitos para el 2.º IEP) OEP (1 de enero a 31 de marzo)
 OEP (personas que acaban de empezar a cumplir los requisitos) SEP (LIS doble con cambio de estatus) SEP (cambio de residencia) SEP (pérdida de la cobertura del EGHP)
 SEP (condición crónica) SEP (LIS doble sin cambio de estatus) AEP (15 de octubre a 7 de diciembre) 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

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

DECLARACIÓN DE LA LEY DE PRIVACIDAD: Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS) recopilan información de los planes de Medicare para llevar un registro de la inscripción de beneficiarios en Planes Medicare Advantage (MA) o en Planes de Medicamentos con Receta (Prescription Drug Plans, PDP), para mejorar el cuidado de la salud y para el pago de beneficios de Medicare. Las Secciones 1851 y 1860D-1 de la Ley del Seguro Social y las Secciones 422.50, 422.60, 423.30 y 423.32 del Código de Reglamentos Federales (Code of Federal Regulations, CFR) 42 autorizan la recopilación de esta información. Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid pueden usar, divulgar e intercambiar datos de inscripción de beneficiarios de Medicare según lo especificado en el Aviso del Sistema de Registros (System of Records Notice, SORN) "Medicamentos con Receta de Medicare Advantage (Medicare Advantage Prescription Drug, MARx)", sistema número 09-70-0588. Su respuesta a esta solicitud es voluntaria. Sin embargo, la falta de respuesta podría afectar su inscripción en el plan.

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 estos planes depende de la renovación del contrato del plan con Medicare.

This information is available for free in other languages. Please call our customer service number located on the first page of this book.

Esta información está disponible sin costo en otros idiomas. Comuníquese con nuestro número de Servicio al Cliente situado en la cobertura de este libro.

N.º de OMB 0938-1378

Vence en: 7/31/2023

Esta página se dejó en blanco de manera intencional.