



Solicitud de Inscripción en MassHealth SCO Medicare Advantage 2025

- UHC Senior Care Options MA-Y001 (HMO D-SNP) H2226-001-000
- UHC Senior Care Options NHC MA-Y002 (HMO D-SNP) H2226-003-000

Esta solicitud es para personas que tienen los beneficios de MassHealth Standard (Medicaid) y eligen inscribirse en UnitedHealthcare® Senior Care Options. Usted también debe tener la Parte A y la Parte B de Medicare. Si usted tiene MassHealth Standard, pero no califica para Medicare Original, tal vez aún cumpla los requisitos para inscribirse en nuestro plan MassHealth Senior Care Options (SCO) y recibir todos sus beneficios del programa MassHealth a través de nuestro programa UnitedHealthcare® SCO.

Información sobre MassHealth Standard (Medicaid)

¿Está inscrito en el programa MassHealth? Sí No

Escriba su número del programa MassHealth o adjunte una copia de su tarjeta del programa MassHealth. Ese número tiene 12 dígitos y se encuentra debajo de su nombre.

Número del programa MassHealth _____

Para inscribirse en una organización de cuidado para adultos de edad avanzada, usted debe tener los beneficios de MassHealth Standard. Para solicitar su inscripción en el programa MassHealth, llame al 1-888-834-3721 (TTY 1-800-497-4648 para personas con pérdida auditiva total o parcial).

Datos del miembro (escriba a máquina o en letra de molde con tinta negra o azul)

Apellidos	Nombre	Inicial del segundo nombre
Fecha de nacimiento	Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	
N.º de teléfono residencial () -	N.º de teléfono móvil () -	

Doy mi consentimiento para que UnitedHealthcare o sus compañías afiliadas me llamen al número de teléfono que he proporcionado utilizando un sistema de marcación automática o voz pregrabada.

N.º del Seguro Social (obligatorio para las personas que se inscriben en planes D-SNP [que tienen elegibilidad doble]): _____ - _____ - _____

Nombre del miembro _____

Nombre/N.º de ID del agente _____

H2226_ERF_2025_C SP

UHMA25HM0221998_000

UHCSO_ERF_H2226_2025

Nombre del centro de enfermería especializada (si corresponde)

N.º de Medicare

Dirección de residencia permanente **(No ingrese una casilla de correo. Nota: En el caso de personas sin hogar, una casilla de correo podría considerarse su dirección de residencia permanente)**

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

Dirección postal **(Solo si es distinta a la dirección permanente. Puede ser una casilla de correo.)**

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

Dirección de correo electrónico (opcional)

¿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	RxBin	RxPCN (opcional)
----------------	--------------	-------	------------------

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

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?

Si prefiere recibir información del plan en otro idioma o en un formato accesible, elija una opción: Inglés Chino Braille Letra grande CD de audio CD de datos 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 **UHC.com/CommunityPlan** para obtener ayuda por Internet.

2. ¿Es usted de origen hispano, latino o español? Seleccione todo lo que corresponda.

No, no soy de origen hispano, latino o español

Sí, mexicano, mexicoamericano o chicano

Nombre del miembro _____

Nombre/N.º de ID del agente _____

- Sí, puertorriqueño
- Sí, cubano
- Sí, de otro origen hispano, latino o español
- Prefiero no responder**

3. ¿Cuál es su raza? Seleccione todo lo que corresponda.

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Indoamericano o nativo de Alaska | <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano |
| Asiático: | Nativo de Hawaii o de otra Isla del Pacífico: |
| <input type="checkbox"/> Indoasiático | <input type="checkbox"/> Guameño o chamorro |
| <input type="checkbox"/> Chino | <input type="checkbox"/> Nativo de Hawaii |
| <input type="checkbox"/> Filipino | <input type="checkbox"/> Samoano |
| <input type="checkbox"/> Japonés | <input type="checkbox"/> De otra Isla del Pacífico |
| <input type="checkbox"/> Coreano | |
| <input type="checkbox"/> Vietnamita | <input type="checkbox"/> Blanco |
| <input type="checkbox"/> Otra raza asiática | <input type="checkbox"/> Prefiero no responder |
- Miembro/Ciudadano de una Tribu reconocida por el gobierno federal o estatal
(nombre de la Tribu) _____

4. ¿Cuál es su género? Elija uno.

- | | |
|-------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Mujer | <input type="checkbox"/> Uso un término diferente: _____ |
| <input type="checkbox"/> Hombre | |
| <input type="checkbox"/> No binario | <input type="checkbox"/> Prefiero no responder |

5. ¿Cuál de los siguientes términos representa mejor lo que usted piensa de sí mismo? Elija uno.

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Lesbiana o gay | <input type="checkbox"/> Uso un término diferente: _____ |
| <input type="checkbox"/> Heterosexual, es decir, ni gay ni lesbiana | <input type="checkbox"/> No sé |
| <input type="checkbox"/> Bisexual | <input type="checkbox"/> Prefiero no responder |

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 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 miembro _____

Nombre/N.º de ID del agente _____

N.º de miembro

7. Proporcione el nombre de su proveedor de cuidado primario (primary care provider, PCP), clínica o centro de salud.

Una 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 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.)

¿Está consultando o ha consultado recientemente a ese proveedor?

Sí No

Lea y firme

Al llenar esta solicitud, acuerdo que:

- Esta organización de cuidado para adultos de edad avanzada, UnitedHealthcare® SCO, es un plan Medicare Advantage que tiene un contrato con el gobierno federal. UnitedHealthcare® SCO también tiene un contrato con Commonwealth of Massachusetts o el programa MassHealth. No se trata de un Plan Complementario de Medicare. Debo mantener mi plan de MassHealth Standard. Debo mantener la cobertura hospitalaria (Parte A) y la cobertura médica (Parte 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.
- Como estoy inscrito en el programa MassHealth, puedo dejar UnitedHealthcare® SCO si tengo un período de elección que califica. Dejaré de estar cubierto por el plan UnitedHealthcare® SCO el primer día del mes posterior al mes en que solicite dejar el plan. UnitedHealthcare® SCO cubre un área de servicio específica. Si tengo planeado mudarme fuera del área de servicio del plan UnitedHealthcare® SCO, llamaré al plan para cancelar mi inscripción y buscar un nuevo plan en mi nueva área. Una vez que sea miembro del plan UnitedHealthcare® SCO, si estoy en desacuerdo con las decisiones del plan sobre pagos y servicios, tengo derecho a apelarlas.
- 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. Este plan cubre el cuidado de emergencia y de urgencia fuera de los Estados Unidos. Consulte el Resumen de Beneficios para obtener más información.
- Entiendo que cuando comience mi cobertura de UnitedHealthcare, debo recibir todos mis beneficios médicos y 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

Nombre del miembro _____

Nombre/N.º de ID del agente _____

H2226_ERF_2025_C SP

UHMA25HM0221998_000

UHCSO_ERF_H2226_2025

del suscriptor) estarán cubiertos. Ni Medicare ni UnitedHealthcare pagarán beneficios o servicios que no están cubiertos.

- Entiendo que solo puedo estar inscrito en un plan Medicare Advantage (MA) a la vez – y que la inscripción en este plan automáticamente terminará mi inscripción en cualquier otro plan MA (se aplican excepciones para los planes MA Privados de Tarifa por Servicio (Private Fee-for-Service, PFFS), MA de Cuenta de Ahorros para Gastos Médicos (Medical Savings Account, MSA) de Medicare).
- Divulgación de información:** Al inscribirme en este Plan Medicare Advantage, reconozco que el plan compartirá mi información con Medicare, que puede utilizarla para realizar un seguimiento de mi inscripción, hacer pagos y para otros fines 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.
- 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.
- La inscripción en este plan podría afectar los beneficios de salud que recibo de mi empleador o sindicato. Si tengo una cobertura de salud de un empleador o sindicato, la inscripción en este plan puede afectar el funcionamiento de mi cobertura actual. Mis dependientes o yo podríamos perder toda nuestra cobertura de salud o de medicamentos y no recuperarla si me inscribo en este plan. Hablaré con mi empleador o sindicato. Preguntaré si mi inscripción en este plan podría afectar a mi plan actual. También sería conveniente que consulte el sitio web de mi empleador o sindicato, o leer cualquier información que me hayan enviado. Si no hay información sobre con quién comunicarse, mi administrador de beneficios o la oficina que responde preguntas sobre mi cobertura pueden ayudarme.
- Aviso de Recuperación del Patrimonio:** El programa MassHealth está obligado por la ley federal a recuperar dinero del patrimonio de ciertos miembros del programa MassHealth que son mayores de 55 años y de aquellos de cualquier edad que reciben cuidado a largo plazo dentro de un asilo de convalecencia u otra institución médica. Para obtener más información sobre la recuperación del patrimonio que realiza el programa MassHealth, visite www.mass.gov/estatererecovery
- Mi respuesta a esta solicitud es voluntaria. Sin embargo, la falta de respuesta podría afectar la inscripción en el plan.

Al firmar a continuación, 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

Nombre del miembro _____

Nombre/N.º de ID del agente _____

H2226_ERF_2025_C SP

UHMA25HM0221998_000

UHCSO_ERF_H2226_2025

solicitud. Una vez que esta solicitud haya sido aprobada y yo haya recibido mi tarjeta de ID de miembro de UnitedHealthcare, puedo llamar a Servicio al Cliente al número que se encuentra en mi tarjeta de ID de miembro de UnitedHealthcare para actualizar la información de la autorización de mi expediente.

Firma del solicitante/miembro/representante autorizado

Fecha de hoy

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	

Para las Personas que ayudan al miembro a llenar este formulario únicamente

Llene esta sección si usted es una persona (es decir, agentes de seguros, asesores del programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud [State Health Insurance Assistance Program, SHIP], familiares u otros terceros) que ayuda a un miembro a llenar este formulario.

Nombre	Relación con el miembro
Firma	Número de Proveedor Nacional (agentes/agentes de seguros únicamente)

Para uso exclusivo de la agencia/del Representante de Ventas con Licencia

ID del sistema/representante de ventas con licencia	Fecha de recepción inicial
Nombre del agente/representante de ventas con licencia	Fecha de vigencia propuesta

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) |
|--|--|---|---|

Nombre del miembro _____

Nombre/N.º de ID del agente _____

H2226_ERF_2025_C SP

UHMA25HM0221998_000

UHCSO_ERF_H2226_2025

- | | | | |
|--|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> OEP (personas que acaban de empezar a cumplir los requisitos) | <input type="checkbox"/> SEP (LIS doble con cambio de estatus) | <input type="checkbox"/> SEP (cambio de residencia) | <input type="checkbox"/> SEP (pérdida de la cobertura del EGHP) |
| <input type="checkbox"/> SEP (condición crónica) | <input type="checkbox"/> SEP (LIS doble sin cambio de estatus) | <input type="checkbox"/> AEP (15 de octubre a 7 de diciembre) | <input type="checkbox"/> OEPI |
| <input type="checkbox"/> SEP (razón del Período de Elección Especial) _____ | | | |

Firma del Representante de Ventas con licencia (opcional)

Fecha

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

UnitedHealthcare
1325 Boylston Street, 11th Floor
Boston, MA 02215

Nombre del miembro _____

Nombre/N.º de ID del agente _____

H2226_ERF_2025_C SP

UHMA25HM0221998_000

UHCSO_ERF_H2226_2025

Fax: 1-855-250-2168

Envíe por fax el frente y la parte de atrás de cada hoja

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 la inscripción en el plan.

UHC Senior Care Options MA-Y001 (HMO D-SNP) está asegurado a través de UnitedHealthcare Insurance Company o una de sus compañías afiliadas, una organización de planes 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 Senior Care Options es un plan de Cuidado Coordinado que tiene un contrato con Medicare y un contrato con el programa Commonwealth of Massachusetts Medicaid. La inscripción en el plan depende de la renovación del contrato del plan con Medicare. Este plan es un programa voluntario que está disponible para toda persona mayor de 65 años que califique para MassHealth Standard y Medicare Original y que no tenga ningún otro seguro de salud integral, excepto Medicare. Si usted tiene MassHealth Standard, pero no califica para Medicare Original, tal vez aún cumpla los requisitos para inscribirse en nuestro plan MassHealth Senior Care Options (SCO) y recibir todos sus beneficios del programa MassHealth a través de nuestro programa Senior Care Options.

UnitedHealthcare no discrimina por motivos de raza, color, origen nacional, sexo, edad o discapacidad en sus programas y actividades relacionados con la salud.

Ofrecemos servicios gratuitos para ayudarle a que se comunique con nosotros. Por ejemplo, cartas en otros idiomas o en letra grande. O bien, usted puede pedir un intérprete. Para pedir ayuda, llame al 1-844-560-4944, TTY **711**, todos los días, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.

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

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

N.º de OMB 0938-1378

Vence: 6/30/2026

H2226_ERF_2025_C SP

UHCSCO_ERF_H2226_2025

UHMA25HM0221998_000

Lista de Verificación de Inscripción

Antes de tomar una decisión sobre la inscripción, es importante que comprenda plenamente nuestros beneficios y reglas. Si tiene alguna pregunta, puede llamar para hablar con un Representante de Servicio al Cliente al número que se encuentra en la contraportada de esta guía.

Explicación de los beneficios

- ✓ La Evidencia de Cobertura (Evidence of Coverage, EOC) incluye una lista completa de todos los servicios y su cobertura. Es importante que revise la cobertura, los costos y los beneficios del plan antes de inscribirse. Visite el sitio web de nuestro plan o llame para ver una copia de la Evidencia de Cobertura. Nuestro número de teléfono y sitio web se encuentran en la contraportada de esta guía.
- ✓ Revise el Directorio de Proveedores (o pregúntele a su médico) para asegurarse de que los médicos que consulta actualmente estén dentro de la red. Si no están en la lista, significa que probablemente tendrá que elegir un nuevo médico.
- ✓ Revise el Directorio de Farmacias para asegurarse de que la farmacia que usa para cualquier medicamento con receta esté dentro de la red. Si la farmacia no aparece en la lista, usted probablemente tendrá que elegir otra farmacia para sus medicamentos con receta.
- ✓ Revise el Formulario para asegurarse de que sus medicamentos estén cubiertos.

Explicación de reglas importantes

- ✓ Los beneficios, las primas, los copagos o los coseguros pueden cambiar el 1 de enero de cada año.
- ✓ Excepto en situaciones de emergencia o de urgencia, no cubrimos servicios de proveedores fuera de la red (médicos que no aparecen en el Directorio de Proveedores).
- ✓ Efecto en la Cobertura Actual. Si actualmente está inscrito en un plan Medicare Advantage, su cobertura de cuidado de la salud de Medicare Advantage actual terminará una vez que comience su nueva cobertura de Medicare Advantage. Si usted tiene TRICARE, su cobertura puede verse afectada una vez que comience su nueva cobertura de Medicare Advantage. Comuníquese con TRICARE para obtener más información. Si usted tiene un plan Medigap, una vez que comience su cobertura de Medicare Advantage, le recomendamos que cancele su póliza Medigap porque pagará una cobertura que no puede usar.

- ✓ Este plan es un Plan para Personas con Necesidades Especiales que tienen Elegibilidad Doble (Dual Eligible Special Needs Plan, D-SNP). Usted podrá inscribirse si se confirma que tiene derecho tanto a Medicare como a la asistencia médica de un plan estatal de Medicaid. Para calificar, usted debe ser mayor de 65 años, cumplir los requisitos para recibir la Parte A de Medicare y estar inscrito en la Parte B de Medicare y en MassHealth Standard. También podría necesitar vivir en su propio domicilio o en un centro de enfermería. Si usted tiene MassHealth Standard, pero no califica para la Parte A de Medicare o la Parte B de Medicare, tal vez aún cumpla los requisitos para inscribirse.