AARP | Medicare Rx from UnitedHealthcare

Solicitud de Inscripción 2023

☐ **AARP® MedicareRx Saver Plus (PDP) - K**

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 ☐ Masculino ☐ Femenino
N.º de teléfono residencial: ( ) —	N.º de teléfono móvil: ( ) —

N.º de Medicare

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	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.

¿Qué métodos de pago desea usar?

Si usted tiene una prima mensual del plan (incluso cualquier multa por inscripción tardía que deba), puede pagar la prima mediante la deducción automática de su cheque de beneficios del

Nombre del miembro _____

Nombre/N.º de ID del agente _____

Esta página se dejó en blanco de manera intencional.

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).

Si no elige un método de pago a continuación, recibirá una factura cada mes en su dirección postal.

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 (Social Security, SS) le enviará una carta y le preguntará cómo desea pagarla:

- ☐ Con el cheque del Seguro Social
- ☐ Factura de parte de Medicare
- ☐ Factura de la Junta de Retiro Ferroviario (RRB)

☐ Pago con el cheque del Seguro Social

☐ Pago con el cheque de la Junta de Retiro Ferroviario (RRB)

☐ Pago directamente desde una cuenta bancaria

Tipo de Cuenta ☐ Cheques ☐ Ahorros

Nombre del titular de la cuenta: _____

N.º de ruta bancaria __/__/__/__/__/__/__/__/__

N.º de cuenta bancaria__/__/__/__/__/__/__/__/__/__

Esta página se dejó en blanco de manera intencional.

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 ☐ Braille ☐ Otro _____

Si no aparece el idioma o formato que desea, llame a UnitedHealthcare al número gratuito **1-888-867-5564**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana. O visite **AARPMedicarePlans.com** para obtener ayuda por Internet.

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

☐ No, no soy de origen hispano, latino o español
☐ Sí, soy mexicano, mexicoamericano, chicano
☐ Sí, de otro origen hispano, latino o español
☐ **Prefiero no responder**
☐ Sí, puertorriqueño
☐ Sí, cubano

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

☐ Indoamericano o nativo de Alaska	☐ Vietnamita	☐ Blanco
☐ Chino	☐ Indo asiático	☐ Negro o afroamericano
☐ Japonés	☐ Filipino	☐ Guameño o chamorro
☐ Otro origen asiático	☐ Coreano	☐ Nativo de Hawaii
☐ **Prefiero no responder**	☐ De otra isla del Pacífico	☐ Samoano

4. ¿Trabaja usted o su cónyuge? ☐ Sí ☐ No

Al incluir su correo electrónico en el espacio anterior, usted se inscribe automáticamente para recibir parte de la documentación de su plan por vía electrónica.

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 por correo copias impresas de los materiales necesarios:

☐ 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.

Esta página se dejó en blanco de manera intencional.

Lea y firme

Al llenar esta solicitud, acuerdo que:

- ☐ Debo mantener la Parte A o la Parte B (o ambas) 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.
- ☐ Entiendo que 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, entiendo que podría haber situaciones especiales que me permitan dejar el plan en otro momento del año.
- ☐ 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 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.**
- ☐ **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 tratamientos, 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 fines conforme a la ley vigente 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.
- ☐ 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.
- ☐ Mi respuesta a esta solicitud es voluntaria. Sin embargo, la falta de respuesta podría afectar la inscripción en el plan.

Nombre del miembro _____

Esta página se dejó en blanco de manera intencional.

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 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	

Esta página se dejó en blanco de manera intencional.

Para uso exclusivo de la agencia/del representante de ventas

Nombre del grupo del empleador

ID del grupo del empleador	ID de sucursal
ID del sistema/Representante de Ventas	Fecha de recepción inicial
Nombre del Agente/Representante de Ventas	Fecha de vigencia propuesta

Para ser llenado por el agente de ventas

☐ IEP	☐ IEP 2	☐ SEP (institucional)
☐ SEP (GEP Parte B)	☐ SEP (cambio de residencia)	☐ SEP (pérdida de la cobertura del EGHP)
☐ SEP (PDP/OEP)	☐ SEP (asignación de los CMS/del estado)	☐ SEP (LIS doble con cambio de estatus)
☐ SEP (LIS doble sin cambio de estatus)	☐ AEP (15 de octubre a 7 de diciembre)	

☐ SEP (razón del Período de Elección Especial) _____

Firma del Representante de Ventas (Opcional) **Fecha:**

Esta página se dejó en blanco de manera intencional.

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.

Los planes están asegurados a través de UnitedHealthcare Insurance Company o una de sus compañías afiliadas, un patrocinador de la Parte D aprobado por Medicare. La inscripción en el plan depende de la renovación del contrato del plan con Medicare. UnitedHealthcare Insurance Company paga regalías a AARP por el uso de su propiedad intelectual. Las regalías se utilizan para propósitos generales de AARP. AARP y sus compañías afiliadas no son compañías de seguros. No es necesario que sea miembro de AARP para inscribirse. AARP no hace recomendaciones de farmacias ni de productos específicos en forma individual y le sugiere que evalúe sus necesidades a la hora de elegir productos.

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-NEW

Vence: 7/31/2023

Esta página se dejó en blanco de manera intencional.

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

- ✔ 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.

Esta página se dejó en blanco de manera intencional.