



## Solicitud de Inscripción 2023

☐ UnitedHealthcare Dual Complete® ONE (HMO D-SNP) H3113-005-000 - UD1

**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 ( ) -                                               |
| N.º 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;"> <span></span> <span></span> <span></span> <span>-</span> <span></span> <span></span> <span>-</span> <span></span> <span></span> <span></span> <span></span> </div> |        |                                                                           |
| 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 miembro \_\_\_\_\_

Nombre / N.º de ID del agente \_\_\_\_\_

Y0066\_ERFMA1\_2023\_SP\_C

CSNJ23HM0050257\_001

Esta página se dejó en blanco de manera intencional.

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 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 \_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_

Nombre del miembro \_\_\_\_\_

Y0066\_ERFMA1\_2023\_SP\_C

CSNJ23HM0050257\_001

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, 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 **UHCCCommunityPlan.com** para obtener ayuda por Internet.

**2. ¿Está inscrito en su programa estatal de Medicaid?**

☐ Sí ☐ No

Si respondió sí, indique su n.º de Medicaid: \_\_\_\_\_

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

- |                                                                         |                                             |
|-------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> No, no soy de origen hispano, latino o español | <input type="checkbox"/> Sí, puertorriqueño |
| <input type="checkbox"/> Sí, soy mexicano, mexicoamericano, chicano     | <input type="checkbox"/> Sí, cubano         |
| <input type="checkbox"/> Sí, de otro origen hispano, latino o español   |                                             |
| <input type="checkbox"/> <b>Prefiero no responder</b>                   |                                             |

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

- |                                                           |                                                    |                                                |
|-----------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Indoamericano o nativo de Alaska | <input type="checkbox"/> Vietnamita                | <input type="checkbox"/> Blanco                |
| <input type="checkbox"/> Chino                            | <input type="checkbox"/> Indo asiático             | <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano |
| <input type="checkbox"/> Japonés                          | <input type="checkbox"/> Filipino                  | <input type="checkbox"/> Guameño o chamorro    |
| <input type="checkbox"/> Otro origen asiático             | <input type="checkbox"/> Coreano                   | <input type="checkbox"/> Nativo de Hawaii      |
| <input type="checkbox"/> <b>Prefiero no responder</b>     | <input type="checkbox"/> De otra isla del Pacífico | <input type="checkbox"/> Samoano               |

**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 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 \_\_\_\_\_

N.º de miembro \_\_\_\_\_

Nombre del miembro \_\_\_\_\_

Y0066\_ERFMA1\_2023\_SP\_C

CSNJ23HM0050257\_001

Esta página se dejó en blanco de manera intencional.

**6. 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

**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.

**Lea y firme**

**Al llenar esta solicitud, acuerdo que:**

- ☐ Debo mantener la Parte A y la 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.
- ☐ 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 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.**

Esta página se dejó en blanco de manera intencional.



- ☐ **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.

**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 UCard de UnitedHealthcare®, puedo llamar a Servicio al Cliente al número que se encuentra en mi UCard de UnitedHealthcare para actualizar la información de la autorización de mi expediente.

**Firma del Solicitante/Miembro/Representante Autorizado    Fecha de Hoy**

---

Esta página se dejó en blanco de manera intencional.

**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**

Nombre del grupo del empleador

|                                                        |  |                             |  |
|--------------------------------------------------------|--|-----------------------------|--|
| ID del grupo del empleador                             |  | ID de sucursal              |  |
| 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)         |
| <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 por fax a:**

UnitedHealthcare  
P.O. Box 30769  
Salt Lake City, UT 84130-0769

Fax: 1-888-950-1169

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.

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: 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

- ✓ 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).
- ✓ 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.