United Healthcare

Solicitud de Inscripción 2023

☐ **UnitedHealthcare® Assisted Living Plan (PPO I-SNP) H0710-056-000 - UL**

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.

Nombre del miembro _____

Nombre / N.º de ID del agente _____

Esta página se dejó en blanco de manera intencional.

¿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__/__/__/__/__/__/__/__/__/__

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 **1-855-544-4342**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana. O visite **UHC.com/Medicare** para obtener ayuda por Internet.

Esta página se dejó en blanco de manera intencional.

2. ¿Es usted 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
☐ Chino
☐ Japonés
☐ Otro origen asiático
☐ **Prefiero no responder**
☐ Vietnamita
☐ Indo asiático
☐ Filipino
☐ Coreano
☐ De otra isla del Pacífico
☐ Blanco
☐ Negro o afroamericano
☐ Guameño o chamorro
☐ Nativo de Hawaii
☐ Samoano

4. ¿Vive en un asilo de convalecencia, un centro de cuidado a largo plazo o en una comunidad de adultos de edad avanzada? ☐ Sí ☐ No

Si respondió sí, proporcione los siguientes datos del asilo de convalecencia, el centro de cuidado a largo plazo o la comunidad de adultos de edad avanzada:

Nombre

Dirección	Ciudad	Estado	Código postal

Fecha en que se mudó a este centro

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

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.

La lista que proporcione no limita la consulta solamente a estos proveedores. Usted puede consultar a cualquier médico que acepte Medicare y las condiciones de pago del plan.
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

Esta página se dejó en blanco de manera intencional.

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.

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

☐ 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) _____

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

Nombre del miembro _____

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.
- ✔ 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

- ✔ Además de la prima mensual de su plan, usted debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare. Esta prima normalmente se deduce de su cheque del Seguro Social cada mes.
- ✔ Los beneficios pueden cambiar el 1 de enero de cada año.
- ✔ Nuestro plan le permite consultar a proveedores fuera de nuestra red (proveedores no contratados). Sin embargo, aunque pagaremos los servicios cubiertos, el proveedor debe aceptar tratarle. Excepto en una situación de emergencia o de urgencia, los proveedores no contratados pueden denegarle el cuidado. Además, usted pagará un copago más alto por los servicios recibidos de proveedores no contratados.
- ✔ Este plan es un Plan Institucional para Personas con Necesidades Especiales (Institutional Special Needs Plan, I-SNP). Usted podrá inscribirse si se confirma que, durante 90 días o más, ha recibido o se espera que necesite el nivel de los servicios prestados en un centro de enfermería especializada, un centro de enfermería, un centro de cuidado intermedio para personas con discapacidades intelectuales y discapacidades del desarrollo, una unidad o un hospital psiquiátrico, una unidad o un hospital de rehabilitación, un hospital de cuidado a largo plazo, un hospital multiuso o un centro aprobado por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS) que presta servicios similares. O si usted vive en una comunidad de adultos de edad avanzada

y nuestro plan obtuvo la confirmación de que usted necesita el tipo de cuidado que generalmente se proporciona dentro de un asilo de convalecencia.