Preferred Care Partners
A UnitedHealthcare Company

Solicitud de Inscripción 2027

☐ **UHC Preferred Dual Complete FL-Y3P (HMO-POS D-SNP) H1045-065-000**

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

Apellido	Nombre	Inicial del segundo nombre

Fecha de nacimiento	Sexo ☐ Masculino ☐ Femenino
N.º de teléfono residencial ( ) —	N.º de teléfono móvil ( ) —

Manténgase al día con su plan y su salud con mensajes de texto y llamadas oportunas y útiles. Puede cambiar sus preferencias en cualquier momento.

Marque esta casilla para autorizar la recepción de mensajes de texto de UnitedHealthcare al número de teléfono móvil que proporcionó sobre:

☐ Información importante sobre los beneficios que le ayudará a administrar su plan
☐ Avisos sobre cuidado preventivo o exámenes de salud

Usted también acepta los términos y las condiciones de los mensajes de texto en **uhc.com/txt-tcs**. La frecuencia de los mensajes puede variar. Se pueden aplicar tarifas por mensajes y datos. Envíe la palabra STOP (PARAR) por mensaje de texto para dejar de participar en un programa de mensajes de texto.

☐ Marque esta casilla para autorizar la recepción de llamadas de UnitedHealthcare y sus compañías afiliadas a los números de teléfono que usted proporcionó. Entre ellas, las llamadas mediante marcación automática o una voz pregrabada artificial.

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

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

Nombre del miembro _____
Nombre/N.º de ID del agente _____

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

¿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 adeude), 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 pagarlo:

- 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: _____

Nombre del miembro _____

Nombre/N.º de ID del agente _____

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

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

*Los miembros inscritos en el programa de Transferencia Electrónica de Fondos deben aceptar las siguientes condiciones: Mi banco puede pagar a UnitedHealthcare Insurance Company los nuevos cargos desde mi cuenta bancaria, que pueden incluir hasta $200.00 de los cargos retroactivos actuales más la prima mensual. Si decido dejar de realizar pagos mediante Transferencia Electrónica de Fondos, comunicaré esta decisión tanto a UHC como a mi banco. Entiendo que podría llevar de 1 a 2 meses procesar el cambio.

Su respuesta a las siguientes preguntas nos ayudará a administrar mejor su plan

1. ¿Qué idioma o formato accesible prefiere para recibir información del plan en el futuro?

☐ Inglés ☐ Español

☐ Braille ☐ Letra grande ☐ CD de audio ☐ CD de datos ☐ Otro _____

Si no aparece el idioma o formato que desea, llámenos al número gratuito **1-855-874-6282**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana. O visite **myPreferredCare.com** para recibir ayuda por Internet. **Si no elige ninguna opción, recibirá la información del plan en inglés.**

2. ¿Está inscrito en el programa estatal de Medicaid? ☐ Sí ☐ No

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

3. ¿Ha prestado servicio en las fuerzas armadas de los Estados Unidos? ☐ Sí ☐ No

4. Si respondió sí, ¿ha recibido cuidado o servicios en un hospital o una clínica del Departamento de Asuntos de los Veteranos (VA)? ☐ Sí ☐ No

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 del Seguro 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 otra compañía de seguros de salud

Número de miembro del otro seguro de salud

ID de pagador del otro seguro de salud

Nombre del miembro _____

Nombre/N.º de ID del agente _____

¿Nos autoriza a solicitar y compartir su información de salud con la otra compañía de seguros de salud indicada anteriormente? ☐ Sí ☐ No

Si respondió sí, solicitaremos sus registros y los compartiremos con su otro plan para mantener sus registros médicos completos y contribuir al apoyo de su cuidado. Puede cancelar su autorización en cualquier momento en su sitio web para miembros o si llama a Servicio al Cliente.

6. ¿Nos autoriza a solicitar su información de salud a su compañía de seguros de salud anterior? ☐ Sí ☐ No

Si respondió sí, solicitaremos sus registros a su plan anterior para mantener sus registros médicos completos y contribuir al apoyo de su cuidado. Puede cancelar su autorización en cualquier momento en su sitio web para miembros o si llama a Servicio al Cliente.
Si respondió sí, proporcione los siguientes datos:

Nombre de la compañía de seguros de salud anterior

Número de miembro de la compañía de seguros de salud anterior

ID de pagador de la compañía de seguros de salud anterior

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

8. ¿Nos autoriza a compartir su información de salud con sus proveedores? ☐ Sí ☐ No
Si respondió sí, compartiremos su información de salud con sus proveedores para que puedan colaborar en su cuidado. Si respondió no, su proveedor aún podrá acceder a cierta información, según lo permita la ley, para asegurarse de que usted reciba el cuidado adecuado. Puede cambiar su preferencia en cualquier momento con solo llamar a Servicio al Cliente. Si no hace una selección ahora, compartiremos automáticamente su información con sus proveedores.

Lea y firme

Al llenar esta solicitud, acuerdo que:

Nombre del miembro _____
Nombre/N.º de ID del agente _____

- 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.
- 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. 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.
- 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 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**

Nombre del miembro _____

Nombre/N.º de ID del agente _____

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
Nombre del grupo del empleador	
ID del grupo del empleador	ID de sucursal

Para ser llenado por el agente de ventas: seleccione un período de elección que califique para esta inscripción

☐ IEP (miembros de MA-PD) ☐ ICEP (miembros de MA) ☐ IEP (miembros de MA-PD que cumplen ☐ OEP (1 de enero a 31 de marzo)

Nombre del miembro _____

Nombre/N.º de ID del agente _____

		los requisitos para el 2.º IEP)	
☐ 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 de EGHP)
☐ SEP (enfermedad crónica)	☐ SEP (Cuidado Integrado)	☐ AEP (15 de oct. a 7 de dic.)	☐ OEPI

☐ SEP (razón del Período de Elección Especial) _____

Firma del Representante de Ventas con licencia (opcional) **Fecha**

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

UnitedHealthcare
P.O. Box 30769
Salt Lake City, UT 84130-0769
Fax: 1-888-950-1169
Envíe por fax la parte de adelante y 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 Preferred Dual Complete FL-Y3P (HMO-POS 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.

Preferred Care Partners 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. Este plan está disponible para toda persona que reciba Asistencia Médica tanto del Estado como de Medicare.

N.º de OMB 0938-1378
Vence: 02/28/2029

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.

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.
- ✔ 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

- ✔ Además de la prima mensual de su plan, usted debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare a menos que la pague Medicaid u otro tercero. Esta prima normalmente se deduce de su cheque del Seguro Social cada mes.
- ✔ Es posible que los beneficios sean modificados el 1 de enero de cada año.
- ✔ Nuestro plan le permite consultar a proveedores fuera de nuestra red (proveedores no contratados). Consulte la Evidencia de Cobertura para saber qué servicios fuera de la red están cubiertos por este plan. 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.
- ✔ 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.