





Solicitud de Inscripción en MassHealth SCO Medicare Advantage 2024

Advantage 2024			
☐ UHC Senior Care Options☐ UHC Senior Care Options	•	-	
eligen inscribirse en UnitedH y la Parte B de Medicare. Si u Original, tal vez aún cumpla l	ealthcare® Senior Care usted tiene MassHealth os requisitos para inscr s sus beneficios del pro	Options Standar ibirse en	MassHealth Standard (Medicaid) y . Usted también debe tener la Parte A d, pero no califica para Medicare nuestro plan MassHealth Senior Care fassHealth a través de nuestro
Información sobre Ma	ssHealth Standard	(Medic	aid)
MassHealth. Ese número tie Número del programa Mass Para inscribirse en una oro tener los beneficios de Ma	rama MassHealth o adj ene 12 dígitos y se encu sHealth ganización de cuidado ssHealth Standard. Pa	unte una entra de para ad tra solici	No a copia de su tarjeta del programa bajo de su nombre. ultos de edad avanzada, usted debe tar su inscripción en el programa 48 para personas con pérdida
Datos del miembro (escrib	a a máquina o en letra o	de molde	e con tinta negra o azul)
Apellidos	Nombre		Inicial del segundo nombre
Fecha de nacimiento		Sexo D	☐ Masculino ☐ Femenino
N.º de teléfono residencial () - N.º de teléfono móvil () -			
N.º del Seguro Social (reque inscriben en planes D-SNP [•	
Nombre del centro de enfermería especializada (si corresponde)			

Nombre/N.º de ID del agente ______ H2226_ERF_2024_SP_C UHCSCO_ERF_H2226_2024

Nombre del miembro _____

N.º de Medicare				
Dirección permanente (n	no se permite casilla de cor	reo)		
Ciudad	Condado		Estado	Código postal
Dirección postal (Solo s correo.)	i es distinta a la dirección p	ermanente. F	uede ser ı	una casilla de
Ciudad			Estado	Código postal
Dirección de correo elec	ctrónico (opcional)			
¿Tiene otro seguro que	cubrirá sus medicamentos	con receta?		□ Sí □ No
para Veteranos o prograr		ra de emplea	dos federal	les, beneficios
Si respondió sí, proporci	one los siguientes datos:			
Nombre del otro seguro				
N.º de miembro	N.º de grupo	RxB	in	RxPCN (opcional)
				I
Su respuesta a las s	siguientes preguntas no	s ayudará a	a adminis	trar mejor el pla
1. ¿Desea recibir inform	ación sobre el plan en otro	idioma o en	un formato	accesible?
				□ Sí □ No
•	ı: □ Español □ Braille □ Otr			
TTY 711 , de 8 a.m. a 8	a o formato que desea, lláme 3 p.m., hora local, los 7 días c com para obtener ayuda por	de la semana.		1-844-560-4944,
	ente			
H2226 FRF 2024 SP C				

No no sou de origen hi				
	spano, latino o español			
Sí, mexicano, mexicoar	nericano o chicano			
Sí, puertorriqueño				
Sí, cubano	Sí, cubano Sí, de otro origen hispano, latino o español			
Sí, de otro origen hispa				
Prefiero no responder				
3. ¿Cuál es su raza? Seleccione	todo lo que corresponda.			
Blanco	Negro o afroamericano			
Indoamericano o nativo	de Alaska			
Indio asiático	Chino	Filipino		
Japonés	Coreano	Vietnamita		
Otro origen asiático	Nativo de Hawaii	Samoano		
Guameño o chamorro	De otra Isla del Pacífico			
Prefiero no responder				
Miembro/Ciudadano de	e una Tribu reconocida por el gob	ierno federal o estatal (nombre		
de la Tribu)				
4	•			
(Por ejemplo: Otra cobertura de	ro seguro de salud que cubrirá se e grupo del empleador, cobertura eguro de Accidentes Laborales, Se ara Veteranos) s siguientes datos:	por Discapacidad a Largo Plazo		

5. Proporcione el nombre de su proveedor de clínica o centro de salud.	uidado primario (primary care provider, PCP),
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 recienteme	ente a ese proveedor? ☐ Sí ☐ No
Lea y firme	
Al llenar esta solicitud, acuerdo que:	
plan Medicare Advantage que tiene un contra SCO también tiene un contrato con Commor MassHealth. No se trata de un Plan Complen MassHealth Standard. Debo mantener la cobmédica (Parte B) para seguir inscrito en Unite la Parte B, de haberla, a menos que la pague Como estoy inscrito en el programa MassHeatengo un período de elección que califica. De UnitedHealthcare® SCO el primer día del me UnitedHealthcare® SCO cubre un área de se fuera del área de servicio del plan UnitedHeatinscripción y buscar un nuevo plan en mi nue UnitedHealthcare® SCO, si estoy en desacue servicios, tengo derecho a apelarlas. Entiendo que los beneficiarios de Medicare o mientras están fuera del país, excepto por un Estados Unidos. Este plan cubre el cuidado o Unidos. Consulte el Resumen de Beneficios Entiendo que cuando comience mi cobertura beneficios médicos y de medicamentos con servicios autorizados por UnitedHealthcare y	nentario de Medicare. Debo mantener mi plan de pertura hospitalaria (Parte A) y la cobertura dedHealthcare. Debo seguir pagando la prima de el Medicaid o un tercero. Alth, puedo dejar UnitedHealthcare® SCO si ejaré de estar cubierto por el plan es posterior al mes en que solicite dejar el plan. Es posterior al
Nombre del miembro	
Nombre/N.º de ID del agente	

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.
Doy mi consentimiento para que todas las entidades bajo UnitedHealthcare y sus compañías afiliadas y cualquier proveedor externo usado por UnitedHealthcare llamen a los números de teléfono que he proporcionado utilizando un sistema de marcación automática o voz pregrabada.
☐ 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/estaterecovery Mi respuesta a esta solicitud es voluntaria. Sin embargo, la falta de respuesta podría afectar la inscripción en el plan.
Nombre del miembro

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			

Nombre del miembro	
Nombre/N.º de ID del agente	
H2226 ERF 2024 SP C	

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			
☐ 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 (cambi residencia)	o de	☐ SEP (pérdida de la cobertura del EGHP)
☐ SEP (condición crónica)	☐ SEP (LIS doble sin cambio de estatus)	☐ AEP (15 de a 7 de diciemb		□ OEPI
☐ SEP (razón del Período de Elección Especial)				
Firma del Representante de Ventas con licencia (opcional) Fecha				
Una var llanada esta salicitud, anviala nor corres a nor foy o				

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

UnitedHealthcare 950 Winter ST, STE 3800 Waltham, MA 02451

Fax: 1-855-250-2168

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

Nombre del miembro	
Nombre/N.º de ID del agente	
H0000 ERE 0004 OR O	001410411140404047

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 (SCO) 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 SCO. 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.

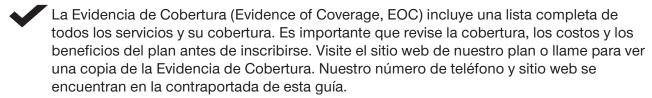
N.º de OMB 0938-1378 Vence: 7/31/2024

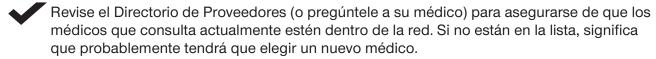
H2226_ERF_2024_SP_C UHCSCO_ERF_H2226_2024

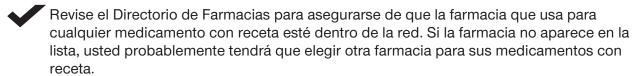
Lista de Verificación de Inscripción

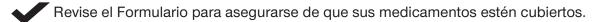
Antes de tomar una decisión sobre la inscripción, es importante que comprenda plenamente nuestros beneficios y reglas. Si tiene alguna pregunta, puede llamar para hablar con un Representante de Servicio al Cliente al número que se encuentra en la contraportada de esta guía.

Explicación de los beneficios

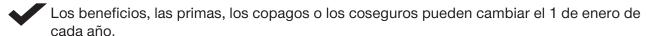


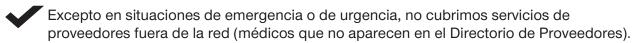


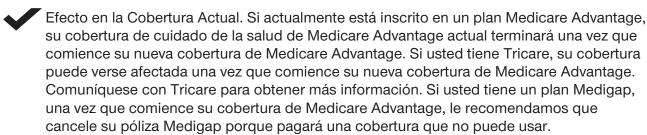




Explicación de reglas importantes







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.