

# Solicitud de Inscripción 2024

☐ UHC Dual Complete OH-V001 (HMO-POS D-SNP) H5253-122-000 - BG6

| Datos del miembro (escrib                                  | oa a máquina o en letra  | de molde  | e con tin      | ta negra o  | azul)                  |
|--|--------------------------|-----------|----------------|-------------|------------------------|
| Apellidos  | Nombre                   |           | Inicial        | del seguno  | lo nombre              |
| Fecha de nacimiento Sexo ☐ Mas                             |                          | ] Mascı   | ulino 🗆 Fe     | emenino     |                        |
| N.º de teléfono residencial ( ) - N.º de teléfon           |                          | teléfono  | no móvil ( ) - |             |                        |
| N.º del Seguro Social (requinscriben en planes D-SNP       |                          | •         |                | -           | -                      |
| N.º de Medicare  |                          |           |                |             |                        |
| Dirección permanente (no s                                 | se permite casilla de co | orreo)    |                |             |                        |
| Ciudad   | Condado                  |           |                | Estado      | Código postal          |
| Dirección postal (Solo si es correo.)                      | distinta a la dirección  | perman    | ente. Pเ       | ıede ser u  | na casilla de          |
| Ciudad   |                          |           |                | Estado      | Código postal          |
| Dirección de correo electró                                | nico (opcional)          |           |                |             |                        |
| ¿Tiene otro seguro que cul                                 | orirá sus medicamento    | s con re  | ceta?          | С           | ∃Sí □ No               |
| (Por ejemplo: Otro seguro pr<br>para Veteranos o programas |                          | tura de e | emplead        | os federale | es, beneficios         |
| Si respondió sí, proporcione                               | los siguientes datos:    |           |                |             |                        |
|  |                          |           |                |             |                        |
|  |                          |           |                |             |                        |
|  |                          |           |                |             |                        |
|  |                          |           |                |             |                        |
| Nombre/N.º de ID del agente                                | e                        |           |                |             | <br>CSOH24HP0135294_00 |

CSOH24HP0135294\_000

| Nombre del otro seguro  |                             |                     |                        |
|---|-----------------------------|---------------------|------------------------|
| N.º de miembro  | N.º de grupo                | RxBin               | RxPCN (opcional)       |
| Responder a estas pregunta:<br>responderlas.  | s es su decisión. No se le  | denegará cobertura  | a si decide no         |
| ¿Qué métodos de pago  | desea usar?                 |                     |                        |
| Si usted tiene una prima me<br>deba), puede pagar la prima<br>Seguro Social o de la Junta | a mediante la deducción a   | utomática de su ch  | eque de beneficios del |
| También puede pagar desd<br>Fondos (Electronic Funds T                                    |                             | ravés de una Transf | erencia Electrónica de |
| Si no elige un método de pa<br>postal.  | igo a continuación, recibir | rá una factura cada | mes en su dirección    |
| Si usted debe pagar el Ajus<br>Related Monthly Adjustmen<br>enviará una carta y le pregu  | t Amount, Part D-IRMAA),    | el Seguro Social (S | •                      |
| ☐ Con el cheque del Se  | eguro Social                |                     |                        |
| ☐ Factura de parte de l   | Medicare                    |                     |                        |
| ☐ Factura de la Junta d   | le Retiro Ferroviario (RRB  | )                   |                        |
| ☐ Pago con el cheque del S  | Seguro Social               |                     |                        |
| ☐ Pago con el cheque de la  | Junta de Retiro Ferroviar   | io (RRB)            |                        |
| ☐ Pago directamente desde   | e una cuenta bancaria       |                     |                        |
| Tipo de Cuenta □ Cheq   | ues   Ahorros               |                     |                        |
| Nombre del titular de la d  | cuenta:                     |                     |                        |
|   |                             |                     |                        |
| N.º de cuenta bancaria_   |                             | _/                  |                        |
|   |                             |                     |                        |
|   |                             |                     |                        |
|   |                             |                     |                        |
|   |                             |                     |                        |
| No molecular de l'arcia mala ma   |                             |                     |                        |
| Nombre del miembro<br>Nombre/N.º de ID del agente   |                             |                     |                        |

Y0066\_ERFMA\_2024\_SP\_C

CSOH24HP0135294\_000

## 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 acces  | sible?      |  |  |  |
|---|-------------|--|--|--|
|   | □ Sí □ No   |  |  |  |
| Seleccione una opción: ☐ Español ☐ Braille ☐ Otro   |             |  |  |  |
| Si no aparece el idioma o formato que desea, llámenos al número gratuito <b>1-844-560-4944</b> , TTY <b>711</b> , de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana. O visite <b>UHCCommunityPlan.com</b> 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:  |             |  |  |  |
| <ul> <li>3. ¿Es usted de origen hispano, latino o español? Seleccione todo lo que corresperativo.</li> <li>No, no soy de origen hispano, latino o español</li> <li>Sí, mexicano, mexicoamericano o chicano</li> <li>Sí, puertorriqueño</li> <li>Sí, cubano</li> <li>Sí, de otro origen hispano, latino o español</li> <li>Prefiero no responder</li> </ul>                        | oonda.      |  |  |  |
| 4. ¿Cuál es su raza? Seleccione todo lo que corresponda.  Blanco Negro o afroamericano Indoamericano o nativo de Alaska Indio asiático Chino Filipina Japonés Coreano Vietna Otro origen asiático Nativo de Hawaii Samoa Guameño o chamorro De otra Isla del Pacífico Prefiero no responder Miembro/Ciudadano de una Tribu reconocida por el gobierno federal o esta de la Tribu) | mita<br>ano |  |  |  |
| Nombre del miembro  |             |  |  |  |

Y0066\_ERFMA\_2024\_SP\_C

| 5. ¿Trabaja usted o su cónyuge?   |   | □ Sí □ No             |
|---|---|-----------------------|
| ¿Usted o su cónyuge tienen otro seguro de s<br>(Por ejemplo: Otra cobertura de grupo del er<br>[Long-Term Disability, LTD], Seguro de Accid<br>de Automóviles o beneficios para Veteranos)<br>Si respondió sí, proporcione los siguientes d | mpleador, cobertura por Discapac<br>dentes Laborales, Seguro de Resp<br>)   | idad a Largo Plazo    |
| Nombre de la compañía de seguros de salu  | ıd  |                       |
| N.º de miembro  |   |                       |
| 6. Proporcione el nombre de su proveedor de clínica o centro de salud.  | e cuidado primario (primary care  | e provider, PCP),     |
| Una lista se encuentra en el sitio web del pla  | n o en el Directorio de Proveedor   | es.                   |
| Nombre completo del proveedor/proveedor   | de cuidado primario   |                       |
| N.º del proveedor/proveedor de cuidado primario:  | (Escriba el número exactame<br>en el sitio web o en el Directo              | rio de                |
|   | Proveedores. Es un número o No incluya guiones.)                            | le 10 a 12 dígitos.   |
| ¿Está consultando o ha consultado reciente  | ,   | □ Sí □ No             |
| Al incluir su correo electrónico en el espacio recibir parte de la documentación de su plar   | anterior, usted se inscribe auto  | máticamente para      |
| Recibirá mucha de la documentación necesarios electrónico cuando nuevos documentos (por ede Cambios) están disponibles en Internet. Pur computadora, su tableta o su teléfono móvil.  | ia del plan por vía electrónica. Le e<br>ejemplo, la Explicación de Benefic | ios o el Aviso Anual  |
| Marque aquí si prefiere recibir por correo co   | ppias impresas de los materiales  | necesarios:           |
| ☐ En lugar de recibir documentos por vía elector los materiales necesarios. Tenga en cuenta posible que no entren en todos los buzones cualquier momento.   | que algunos documentos son mu   | y grandes y es        |
| Lea y firme   |   |                       |
| Al llenar esta solicitud, acuerdo que:  |   |                       |
| Nombre del miembro  |   |                       |
| Nombre/N.º de ID del agente   |   | SOH24HP0135294 000    |
| VILING ERENTA SIDALSD (   | CS  | JULIZ4LIEU 133234 UUU |

CSOH24HP0135294\_000

| <ul> <li>□ Debo mantener la cobertura hospitalaria (Parte A) y la cobertura médica (Parte B) para seginscrito en UnitedHealthcare. Debo seguir pagando la prima de la Parte B, de haberla, a menos que la pague Medicaid o un tercero.</li> <li>□ Entiendo que los beneficiarios de Medicare generalmente no están cubiertos por Medicar mientras están fuera del país, excepto por una cobertura limitada cerca de la frontera de le Estados Unidos. Este plan cubre el cuidado de emergencia y de urgencia fuera de los Est Unidos. Consulte el Resumen de Beneficios para obtener más información.</li> <li>□ Entiendo que cuando comience mi cobertura de UnitedHealthcare, debo recibir todos mis beneficios médicos y 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 conven del suscriptor) estarán cubiertos. Ni Medicare ni UnitedHealthcare pagarán beneficios o servicios que no están cubiertos.</li> <li>□ Entiendo que solo puedo estar inscrito en un plan Medicare Advantage (MA) a la vez − y quinscripción en este plan automáticamente terminará mi inscripción en cualquier otro plan (se aplican excepciones para los planes MA Privados de Tarifa por Servicio (Private Fee-Feservice, PFFS), MA de Cuenta de Ahorros para Gastos Médicos (Medical Savings Accoun MSA) de Medicare).</li> <li>□ Divulgación de información: Al inscribirme en este Plan Medicare Advantage, reconozco 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 federa autoriza la recopilación de esta información (consulte la Declaración de la Ley de Privacid continuación).</li> <li>□ 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 adminis</li></ul> | re os ados s aio Jue la MA or- t, que |
|---|---------------------------------------|
| <ul> <li>Doy mi consentimiento para que todas las entidades bajo UnitedHealthcare y sus compañ afiliadas y cualquier proveedor externo usado por UnitedHealthcare llamen a los números teléfono que he proporcionado utilizando un sistema de marcación automática o voz pregrabada.</li> <li>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 inscripcion en el plan.</li> <li>Mi respuesta a esta solicitud es voluntaria. Sin embargo, la falta de respuesta podría afect</li> </ul>   | de<br>ción                            |
| inscripción en el plan.  Nombre del miembro   | ar ia                                 |
| Nombre/N º de ID del agente   |                                       |

Y0066\_ERFMA\_2024\_SP\_C

#### 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

| 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 solicitan | te            |  |
|  |                           |               |  |

| Nombre del miembro          |  |
|-----------------------------|--|
| Nombre/N.º de ID del agente |  |

| Para uso exclusivo  | de la agencia/del Ro                            | epresenta                                       | ante  | de Ven                      | tas 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 e  | empleador                                       |   |       |                             |  |
| ID del grupo del emplea   | ador  |   | ID o  | de sucurs                   | al                                       |
| Para ser llenado por el   | l agente de ventas                              |   |       |                             |  |
| ☐ IEP (miembros de<br>MA-PD)                                    | □ ICEP (miembros de<br>MA)                      | ☐ IEP (mi<br>MA-PD qu<br>los requis<br>2.º IEP) | ie cu | mplen                       | ☐ OEP (1 de enero a<br>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 (19<br>a 7 de dic                         |       |                             | □ OEPI                                   |
| ☐ SEP (razón del Perío  | do de Elección Especial)                        |   |       |                             |  |
| Firma del Representar   | nte de Ventas con licenc                        | ia (opciona                                     | ıl)   | Fecha                       |  |
| Una vez l   | lenada esta solicitud, en                       | víela por c                                     | orre  | o o por fa                  | x a:                                     |
|   | UnitedHealt<br>P.O. Box 3<br>Salt Lake City, UT | 0770  | 0     |                             |  |
|   | Fax: 1-888-95                                   | 50-1170   |       |                             |  |
| Enví  | e por fax el frente y la par                    | te de atrás                                     | de ca | ada hoja                    |  |
|   |   |   |       |                             |  |
|   |   |   |       |                             |  |
|   |   |   |       |                             |  |

| Nombre del miembro            |                     |
|-------------------------------|---------------------|
| Nombre/N.º de ID del agente _ |                     |
| Y0066_ERFMA_2024_SP_C         | CSOH24HP0135294_000 |

**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 Dual Complete OH-V001 (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.

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.

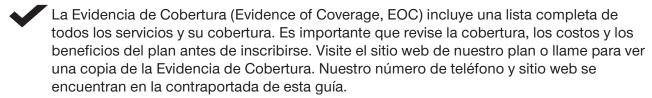
N.º de OMB 0938-1378

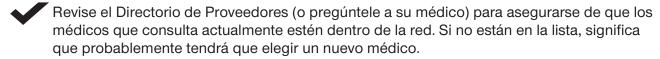
Vence: 7/31/2024

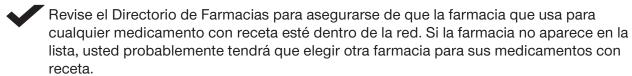
### Lista de Verificación de Inscripción

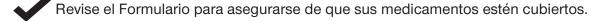
Antes de tomar una decisión sobre la inscripción, es importante que comprenda plenamente nuestros beneficios y reglas. Si tiene alguna pregunta, puede llamar para hablar con un Representante de Servicio al Cliente al número que se encuentra en la contraportada de esta guía.

#### Explicación de los beneficios

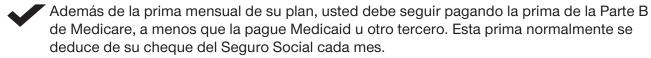








### Explicación de reglas importantes



- 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.
- 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.